La santé, une marchandise?

Les dangers d'une commercialisation des soins de santé

PROTECTIONSOCIALE.BE

TABLE DES MATIÈRES

1.	Introduction	3
2.	Le droit à la santé et la couverture santé universelle	5
	CAS Vers une privatisation de la gouvernance globale en santé	11
	CAS Commercialisation des soins de santé au Pérou	12
3.	Soins de santé à vendre : une réponse inadaptée à un système de prestation de soins de santé défaillant	15
	CAS Le partenariat public-privé au Lesotho : une dangereuse diversion	18
	CAS La privatisation de la santé aux Philippines	20
4.	Commercialisation des médicaments et droits de propriété intellectuelle	22
5.	Le personnel de santé et le droit à la santé	28
	CAS Espace politique national pour le développement de la main d'oeuvre en santé : les exemples thaïlandais et éthiopien	31
6.	Privatisation du financement de la santé	34
	CAS Privatisation de l'offre de soins en Belgique	39
	CAS Les mutuelles de santé : acteurs de changement sociaux	41
	CAS Marché libre pour l'assurance maladie aux Pays-Bas	42
	CAS La couverture santé universelle en Thaïlande : une pratique efficace pour financer un système de santé menacé ?	44
7.	Conclusion générale	45
8.	Recommandations	46

COLOPHON

Rédaction : Leila Bodeux (Oxfam Solidarité), Koen Detavernier (11.11.11), Fahdi Dkhimi (Equity & Health, Institut de médecine tropicale, Anvers), Hanah Jabloune (Plateforme d'action Santé-Solidarité), Nathalie Janne d'Othée (CNCD-11.11.11), Alexandro Saco (ForoSalud, Pérou), Julie Steendam (Médecine pour le Tiers Monde), Valérie Vanbelle (Mutualités chrétiennes), Remco Van De Pas (Equity & Health, Institut de médecine tropicale, Anvers), Liesbet Vangeel (FOS), Nathalie Van Gijsel (Médecine pour le Tiers Monde).

Photos couverture : Solidarité Mondiale (haut) / Dominique Bernardini (bas)

Editeur responsable: Arnaud Zacharie, 9 quai du Commerce, 1000 Bruxelles
Première édition: Avril 2016

Plus d'informations sur la campagne: www.protectionsociale.be

LA FRATERNITÉ N'EST QU'UNE IDÉE HUMAINE, LA SOLIDARITÉ EST UNE IDÉE UNIVERSELLE.
VICTOR HUGO, « PROSES PHILOSOPHIQUES, L'ÂME », 1860-1865

1. INTRODUCTION

Un système de santé de qualité est un des piliers de la protection sociale et une condition sine qua non à une population mondiale en meilleure santé. Selon la Recommandation 202 de l'OIT sur les socles de protection sociale[1], les minima en matière de protection sociale doivent inclure :

- L'accès à un certain nombre de biens et de services, définis au niveau national, et constituant les soins de santé essentiels, incluant les soins de maternité et qui satisfont aux critères de disponibilité, d'accessibilité, d'acceptabilité et de qualité ;

- La sécurité d'un revenu de base tout au long du cycle de vie (en particulier en cas de maladie, de chômage, de maternité ou de handicap).

Ces deux piliers de la protection sociale ont un lien évident avec l'état de santé des individus et leur accès aux soins.

Quand elles tombent malades, les personnes bénéficiant d'une protection sociale sont protégées, du moins en partie, contre les pertes potentielles de revenu induites par leur état de santé. La protection du revenu en cas de maladie est essentielle pour éviter aux personnes de tomber dans ce que la littérature scientifique appelle le piège médical de pauvreté (*medical poverty trap*). Pour certains, les conséquences néfastes d'un épisode de maladie peuvent se prolonger sur le long terme. Si trop élevés, le coût d'un médecin, d'un séjour à l'hôpital, d'une médication ou d'un transport vers le prestataire de soins peut forcer certains ménages à vendre leurs actifs productifs, notamment leur outil de travail qui leur permet de générer des revenus. Ces dépenses les entraînent alors dans un cercle vicieux qui les maintient dans la pauvreté à long terme.

L'accès à des soins de santé de qualité est également crucial. L'accès insuffisant aux soins de santé est une cause majeure de pauvreté dans le monde. Aujourd'hui, on estime à 1,3 milliard le nombre de personnes qui n'ont pas accès à des soins de santé abordables et de qualité au niveau mondial. Le problème est certes un problème de répartition entre pays riches et pays pauvres, les pays à bas et moyens revenus faisant face à 90% de la charge des maladies au niveau mondial, mais ne comptabilisant que 12% des dépenses mondiales en santé[2]. Mais on constate également un accroissement rapide des inégalités de richesses au sein de ces mêmes pays, entre catégories riches et pauvres, qui va souvent de pair avec un état de santé et un accès aux soins inéquitables. En conséquence, les populations les plus vulnérables qui ont les besoins en santé les plus importants, ont un accès extrêmement limité aux services de santé, voire quasi-inexistant et cela alors que la santé est un droit humain.

Plus de 160 pays se sont engagés envers une réalisation progressive du droit à la santé en l'intégrant à leur propre constitution. Ce qui implique que ces États ont la responsabilité et l'obligation légale de respecter, de protéger et de promouvoir le droit à la santé[3]. Toutefois, le droit à la santé reste bien trop souvent un droit théorique. Le non-respect des engagements des États est souvent considéré comme le résultat inévitable du « sous-développement ». La perspective des droits de l'Homme conteste toutefois cette explication en démontrant que lorsqu'elles sont les conséquences de la politique gouvernementale ou découlent de l'incapacité des gouvernements à agir, les privations liées à la pauvreté constituent en fait des violations des droits de l'Homme.

Il est impératif d'œuvrer pour transformer cet engagement en réalité pour tous. Le processus de commercialisation de la santé, en cours dans nombre de pays à des degrés divers, est un des processus qui, à bien des égards, va à l'encontre de la réalisation de ce droit. Pourquoi ? Telle est la question à laquelle notre dossier tente de répondre. Nous faisons donc un point sur les effets de la commercialisation sur les différentes composantes d'un système de santé tels qu'identifiées par l'Organisation mondiale de la santé, c'est-à-dire les politiques du médicament, la délivrance de services de santé, la gestion des ressources humaines en santé, le financement des soins de santé, la gouvernance et les systèmes d'information. Les quatre premiers volets sont traités spécifiquement, alors que la question de la gouvernance et de l'information sont considérées comme des thématiques transversales.

Ce document vise donc à faire le constat des effets négatifs de politiques qui privilégient l'initiative privée et commerciale, l'ouverture des marchés, l'austérité budgétaire, notamment en matière d'accès aux soins. Nous proposons également des pistes de réflexion et des alternatives à ce modèle en nous basant sur les systèmes de santé qui parviennent le mieux à garantir ce droit fondamental à la santé.

2. LE DROIT À LA SANTÉ ET LA COUVERTURE SANTÉ UNIVERSELLE

1. CE QUE NOUS DÉFENDONS : LE DROIT À LA SANTÉ !

La santé est un droit de l'Homme fondamental indispensable à l'exercice des autres droits de l'Homme. Il est inscrit dans la Déclaration universelle des droits de l'Homme de 1948 (Art.25) et dans le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels de 1966. Pour l'Organisation mondiale de la santé (OMS), le droit à la santé suppose à la fois des libertés et des droits : le droit de contrôler sa propre santé et son propre corps (par exemple les droits sexuels et reproductifs) et le droit à l'intégrité physique (par exemple le droit de ne pas être soumis à la torture et de ne pas être soumis sans son consentement à un traitement ou à une expérience médical(e)) ; le droit d'accès à un système de protection de la santé qui garantisse à chacun, sur un pied d'égalité, la possibilité de jouir du meilleur état de santé possible[4].

2. LA SANTÉ EN TANT QUE DROIT DE L'HOMME, QU'EST-CE QUE CELA IMPLIQUE ?

En 2000, le Comité des Nations Unies pour les droits économiques, sociaux et culturels a adopté l'Observation générale n° 14 sur le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint[5].

2.1. UN SYSTÈME DE SANTÉ QUI FONCTIONNE BIEN

Selon cette observation générale, au cœur du droit à la santé réside un système de santé fonctionnel, à savoir disponible, accessible et acceptable par tous sans aucune discrimination et de bonne qualité.

- **Disponibilité :** les établissements, les biens, les services et les programmes de santé publique et de soins de santé sont fonctionnels et en nombre suffisant.

- **Accessibilité :** les établissements, les biens et les services de santé sont accessibles à tous sans aucune discrimination.
  L'accessibilité est composée de quatre dimensions interdépendantes : la non-discrimination, l'accessibilité physique, l'accessibilité économique ou le caractère abordable, l'accessibilité de l'information.

- **Acceptabilité :** l'ensemble des installations, biens et services en matière de santé doit être respectueux de l'éthique médicale et approprié sur le plan culturel, c'est-à-dire respectueux de la culture des individus, des minorités, des peuples et des communautés, réceptif aux exigences spécifiques liées au sexe et au stade de la vie et être conçu de façon à respecter la confidentialité et à améliorer l'état de santé des intéressés.

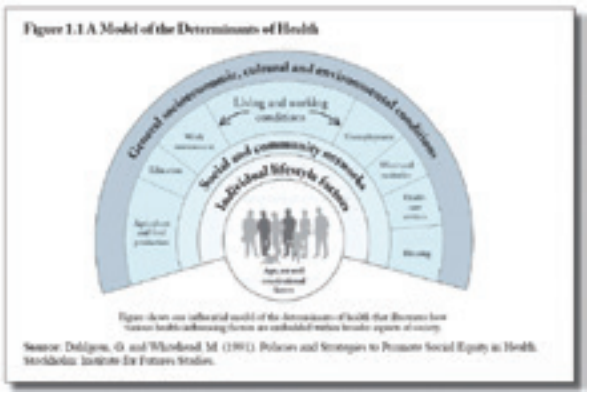
- **Qualité :** en plus de devoir être acceptables sur le plan culturel, les installations, biens et services en matière de santé doivent également être scientifiquement et médicalement appropriés et de bonne qualité.

2.2. AGIR SUR LES AUTRES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ

Le droit à la santé s'étend toutefois au-delà du système de soins de santé. Il inclut un large éventail de facteurs qui peuvent aider les individus à mener une vie saine et à améliorer la façon dont la santé est favorisée. Le Comité pour les droits économiques, sociaux et culturels y fait référence sous l'appellation de « facteurs fondamentaux déterminants de la santé ». Ces derniers comprennent : de l'eau potable et des conditions de vie convenables ; une alimentation sûre sur le plan nutritif et des conditions de logement adéquates ; des conditions environnementales et de travail saines ; une éducation et des informations sur la santé, y compris des informations liées à la santé sexuelle et reproductive ; l'égalité des sexes.

L'importance des facteurs non médicaux comme principaux facteurs prédictifs de la santé est largement reconnue. La Commission de l'OMS sur les déterminants sociaux de la santé a conclu son rapport de 2008 en indiquant que *« l'injustice sociale tue à grande échelle et constitue une plus grande menace pour la santé publique qu'un manque de médecins, de médicaments ou de services de santé »*[6]. En effet, les conditions générales dans lesquelles les gens vivent et travaillent ont une influence très importante sur les résultats de santé.

Ces **« déterminants sociaux de la santé »** comprennent entre autres le développement socio-économique, les conditions de travail, l'éducation, le logement, le sexe et les comportements à risque[7]. Les soins de santé ne représentent que l'un de ces facteurs qui influent sur la santé et ne peuvent donc constituer qu'une partie de la solution.



3. LA NÉCESSITÉ DE SYSTÈMES DE SANTÉ SOLIDES

Il est cependant largement reconnu que le **système de santé** constitue un déterminant important de la santé, principalement en raison de sa capacité à augmenter ou à réduire les inégalités[8] en matière de santé et à exercer une influence positive sur le contexte socio-économique et politique plus large. Des débats polarisés ont eu lieu sur le type de stratégie le plus adéquat pour concevoir des systèmes de soins de santé et les concrétiser au cours du 20e siècle. Dans les forums internationaux, les stratégies de santé ont été divisées en deux approches dites **« horizontales »** et **« verticales »**. Avant 1960, la communauté sanitaire internationale a concentré ses interventions sur les « programmes verticaux » dans les pays en voie de développement, essentiellement portés sur des actions spécifiques aux maladies, comme l'éradication de la malaria. Après 1960, il est clairement apparu que les interventions spécifiques aux maladies ne pouvaient fonctionner qu'avec le soutien de prestations de soins de santé de base plus larges. Déjà en 1966, Halfdan Mahler — devenu Directeur général de l'Organisation mondiale de la santé — a déclaré que *« toutes les campagnes contre les maladies transmissibles ont massivement démontré que dans les pays en voie de développement, une consolidation de ces dernières n'est possible à atteindre qu'avec un appui sur de solides services de santé de base »*[9].

Au sein de la principale institution mondiale de la santé de l'Organisation des Nations Unies, l'OMS, on a constaté une prise de conscience croissante du fait que la santé de la population ne s'améliorerait pas de manière significative par le biais de programmes parallèles, indépendants les uns des autres[10].

La demande d'une approche plus horizontale, à savoir plus axée sur le renforcement du système de santé, a abouti en 1978 dans la « **Déclaration d'Alma-Ata** sur la santé pour tous d'ici l'an 2000 »[11]. Les participants d'Alma-Ata ont identifié les soins de santé primaires comme étant la pierre angulaire de systèmes de santé plus intégrés. Les dirigeants du monde entier se sont également accordés sur le fait que l'amélioration de la participation de la communauté et le développement d'une collaboration intersectorielle constituaient les bases nécessaires pour traiter efficacement les déterminants sociaux de la santé. L'OMS a participé à la promotion de la déclaration d'Alma-Ata. Cependant, au début des années 1980, cette institution est entrée dans une crise financière due au gel des contributions financières accordées par ses membres issus de pays à revenu élevé. Le budget de l'OMS est alors devenu plus dépendant des fonds affectés par des donateurs privés, créant ainsi un retour à une focalisation sur des interventions verticales et spécifiques aux maladies.

Pendant ce temps, au cours des années 1980, les institutions financières internationales (Banque mondiale et Fonds monétaire international) mettaient en œuvre leurs **programmes d'ajustement structurel**. Ces derniers se sont révélés par la suite être « un remède pire que le mal »[12] en entrainant la privatisation des services publics et des systèmes de santé dans les pays en développement. Vers la fin des années 1980, la Banque mondiale a commencé à s'engager de plus en plus dans des réformes en matière de santé qui soient « rentables » et orientées vers le marché, comme elle l'a clairement énoncé dans le rapport sur le développement dans le monde de 1993 intitulé « Investir dans la santé » . Ces institutions n'ont pas adhéré aux principes d'Alma-Ata, qu'ils ont rapidement qualifiés d'« irréalistes » et de « coûteux ». Ils ont promu une interprétation plus étroite de la déclaration d'Alma-Ata (plus « terre-à-terre » à leurs yeux), ouvrant la voie à la notion de « soins de santé primaires sélectifs ». Cette dernière se caractérise par une mise en avant plus prononcée de la notion de « rentabilité » et de promotion des interventions spécifiques ciblant principalement les enfants et les femmes, nommées « ensemble des prestations essentielles ».

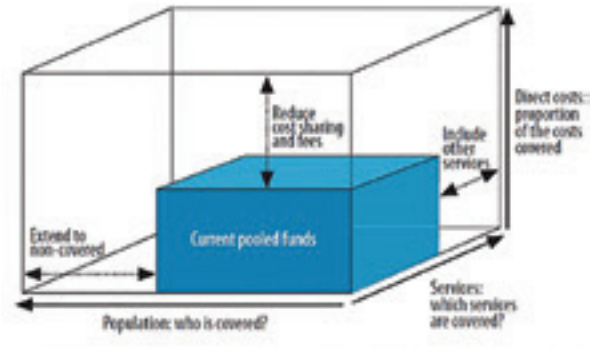
Les efforts de réforme du système de santé fournis par les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire au cours des années 1980 et 1990 ont conduit à **des coupes massives dans les dépenses de la santé publique**, et au tournant du nouveau millénaire, la plupart des systèmes de santé dans les pays en voie de développement étaient en ruines, avec une mauvaise infrastructure, une démotivation des

travailleurs de la santé, une diminution des ressources et une pénétration accrue du secteur privé. De nombreux gouvernements ont décidé de mettre en œuvre un programme de réformes qui a augmenté la charge financière supportée directement par le patient pour les services, exposant de la sorte la population à un plus grand risque d'appauvrissement financier pour accéder aux services de soins de santé[13] (voir les sections suivantes pour plus d'informations). Il est aujourd'hui communément admis que ce programme de réformes a eu des conséquences terribles en termes d'équité en matière de santé.

4. LA COUVERTURE SANTÉ UNIVERSELLE (CSU)

À l'heure actuelle, la couverture santé universelle est considérée comme le concept de santé publique ayant le plus de potentiel pour rétablir l'équité au sein des systèmes de santé. La CSU est définie par l'OMS comme *« un accès à des services de santé de qualité sans mettre les personnes en situation de difficultés financières, car ils doivent payer pour les soins »*. La CSU est un *« concept profondément ancré dans sa Constitution de 1946[14], qui déclare que la santé est un droit humain fondamental »*.

Le Rapport sur la santé dans le monde 2010, « Le financement des systèmes de santé : le chemin vers une couverture universelle[15]», illustre le concept du **« cube CSU »** (voir schéma). La CSU est conçue comme un système à trois dimensions qui se déplaceraient progressivement vers : i) la couverture de l'ensemble de la population par un ensemble de services, ii) l'inclusion d'une gamme croissante de services, et iii) une part croissante des fonds communs comme principale source de financement des soins de santé, et donc une diminution de la quote-part[16].



Three dimensions to consider when moving towards universal coverage

Ce modèle gagne en popularité et le discours actuel sur la CSU domine la plupart des discussions internationales sur les soins de santé. **La CSU est présentée comme la réponse** aux besoins urgents en matière de santé dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire. Certains promoteurs enthousiastes l'ont baptisée la « troisième grande transition » en matière de santé, en modifiant le mode de financement des services et d'organisation des systèmes[17]. On la considère de plus en plus comme « un rêve abordable»[18] pouvant avoir un impact significatif sur le bien-être individuel et collectif des personnes.

Ce consensus se traduit dans les mots de Margaret Chan, Directrice générale de l'OMS, quand elle décrit la CSU comme *« le concept d'unification le plus puissant que la santé publique a à offrir, parce que vous pouvez réaliser le rêve et l'aspiration à la santé pour chaque personne, indépendamment de la classe à laquelle vous appartenez, que vous soyez une femme ou que vous soyez pauvre»*[19]. Autre signe de l'élan de croissance : depuis 2010, plus de 80 pays ont demandé une assistance technique de l'OMS pour tenter d'atteindre ce but. Les économies émergentes du Brésil, de la Russie, de l'Inde, de la Chine et de l'Afrique du Sud — les BRICS, qui représentent près de la moitié de la population mondiale — ont tous pris des mesures envers la CSU. En 2012, l'Assemblée générale de l'ONU a adopté une résolution[19] historique appelant les États membres à adopter des politiques pour la CSU et, plus récemment, l'Organisation internationale du travail (OIT) a rejoint le mouvement[21]. En septembre 2015, les dirigeants mondiaux se sont engagés à atteindre 17 objectifs de développement durable au cours des 15 prochaines années. La CSU est une cible clé (cible 3.8) pour atteindre le troisième objectif global : « assurer une vie saine et promouvoir le bien-être pour tous et à tous les âges »[22].

Il s'agit là de bonnes nouvelles. Cependant, nous voyons **un danger dans l'interprétation dominante du concept de CSU**. La CSU signifie-t-elle une couverture d'assurance maladie universelle ? Ou bien signifie-t-elle fournir des soins de santé de qualité pour tous ? Quel rôle l'État doit-il jouer ? Faut-il compter sur le secteur privé ? Sur la scène internationale, au premier abord, l'**accent** a été mis sur **un « financement durable » de la CSU**[23]. La CSU ne porte pas principalement sur la manière dont les services de santé doivent être prodigués, mais sur la manière dont ces services devraient être financés. Le principe fondamental semble indiquer que si les finances sont garanties, la délivrance des services de santé peut être prise en charge par une variété de combinaisons qui impliquent à la fois le secteur public et le secteur privé.

Photo : CMS Linternaute

Le concept dominant de la CSU propose une mise en commun du financement de la santé ; il n'en propose pas de même pour la prestation de services. En d'autres termes, il ne propose pas un système unifié de l'offre publique. L'importance du renforcement des services publics de soins de santé ne fait pas partie de ce discours dominant[24]. Et nous pensons qu'il le devrait. Comme Vivian Lin, directrice des systèmes de santé au bureau régional de l'OMS pour le Pacifique occidental, l'a rapporté dans The Lancet, *« la protection contre le risque financier ne suffit pas, et sans une disponibilité de soins de santé de qualité, la CSU n'a aucun sens »*[25].

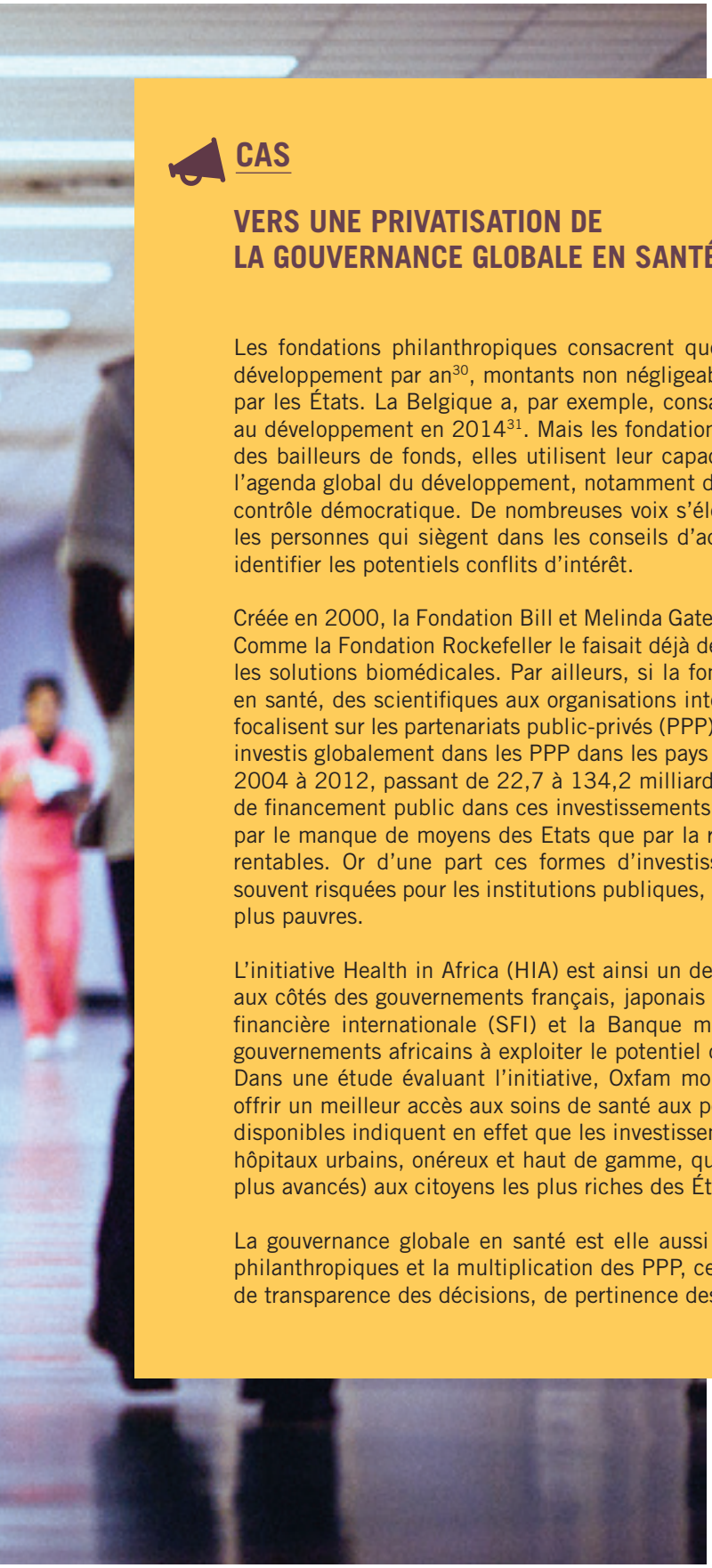
7. UNE TENDANCE GLOBALE : LA COMMERCIALISATION DES SOINS DE SANTÉ

Avec la plupart des systèmes publics en plein désarroi (entre autres en raison des programmes d'ajustement structurel), une option attrayante pour les gouvernements consiste à choisir non pas de reconstruire les systèmes publics, mais d'externaliser la prestation des soins et de compter de plus en plus sur les fournisseurs privés. La logique est que l'impact catastrophique des quotes-parts (ou paiements directs par l'usager) nécessite une solution immédiate, et comme le système public est trop faible pour y répondre, qu'il est plus stratégique de se tourner vers le secteur privé. Le modèle de la CSU offre donc la possibilité de choisir d'ouvrir le système de santé d'un pays à des prestataires privés plutôt que de considérer l'offre publique de services comme le pilier de son système de soins de santé[26].

Malgré les éléments indiquant clairement que le marché ne parvient pas à offrir une prestation équitable des services de soins de santé (voir le chapitre sur les services), la commercialisation des soins de santé est devenue une tendance mondiale. La commercialisation est intégrée dans la politique de nombreux pays (en développement) et des institutions internationales influentes. Le Fonds monétaire international (FMI), par exemple, a recommandé aux pays d'augmenter la portée de l'offre du secteur privé dans les soins de santé dans le cadre des conditions de prêt, souvent pour réduire la dette publique[27]. Tout aussi représentatif de cette tendance, le Programme pour le changement de la coopération au développement de l'Union européenne[28] encourage à accroître l'implication du secteur privé. Ce document indique que *« l'UE doit mettre en place de nouvelles voies de dialogue avec le secteur privé, notamment en vue de renforcer les activités et les ressources déployées par le secteur privé pour offrir des biens publics »*, en ce compris les soins de santé.

Ces tendances constituent un obstacle à un accès universel aux soins de santé de qualité comme le montrent les exemples détaillés dans le reste de ce dossier. Les différents chapitres de ce dossier abordent l'impact de la commercialisation sur la disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité et la qualité de plusieurs éléments fondamentaux des systèmes de santé : la prestation de services, l'accès aux médicaments et aux technologies, les ressources humaines et le financement. Les principaux défis sont enfin repris en conclusion et sont accompagnés de recommandations politiques.

Photo : Rafiq Sarlie - Hopital en Afrique du Sud



CAS

VERS UNE PRIVATISATION DE LA GOUVERNANCE GLOBALE EN SANTÉ

Les fondations philanthropiques consacrent quelque 7 à 10 milliards de dollars à l'aide au développement par an[30], montants non négligeables en comparaison à l'aide publique apportée par les États. La Belgique a, par exemple, consacré 1 844 388 000 d'euros à l'aide publique au développement en 2014[31]. Mais les fondations philanthropiques ne se contentent pas d'être des bailleurs de fonds, elles utilisent leur capacité financière pour influencer de plus en plus l'agenda global du développement, notamment dans le domaine de la santé, et cela sans aucun contrôle démocratique. De nombreuses voix s'élèvent pour demander plus de transparence sur les personnes qui siègent dans les conseils d'administration de ces fondations, afin de mieux identifier les potentiels conflits d'intérêt.

Créée en 2000, la Fondation Bill et Melinda Gates est la plus active dans le domaine de la santé. Comme la Fondation Rockefeller le faisait déjà depuis les années 30, elle met un accent fort sur les solutions biomédicales. Par ailleurs, si la fondation Gates soutient tous les types d'acteurs en santé, des scientifiques aux organisations internationales, la plupart de ses contributions se focalisent sur les partenariats public-privés (PPP). Or, selon une étude d'Eurodad[32], les montants investis globalement dans les PPP dans les pays en développement ont été multipliés par six de 2004 à 2012, passant de 22,7 à 134,2 milliards de dollars. Au regard de la part de 80 à 85% de financement public dans ces investissements, cette augmentation semble moins déterminée par le manque de moyens des Etats que par la recherche par les entreprises d'investissements rentables. Or d'une part ces formes d'investissements sont complexes, peu contrôlables et souvent risquées pour les institutions publiques, d'autre part, elles servent rarement l'intérêt des plus pauvres.

L'initiative Health in Africa (HIA) est ainsi un des PPP dans lequel la Fondation Gates a investi aux côtés des gouvernements français, japonais et néerlandais. Lancée en 2008 par la Société financière internationale (SFI) et la Banque mondiale, cette initiative vise à encourager les gouvernements africains à exploiter le potentiel du secteur privé dans le domaine de la santé[33]. Dans une étude évaluant l'initiative, Oxfam montre qu'il est très peu probable qu'elle puisse offrir un meilleur accès aux soins de santé aux populations pauvres. Les informations publiques disponibles indiquent en effet que les investissements effectués concernent principalement des hôpitaux urbains, onéreux et haut de gamme, qui proposent des soins tertiaires (soins de santé plus avancés) aux citoyens les plus riches des États africains et aux expatriés.

La gouvernance globale en santé est elle aussi de plus en plus privatisée, via les fondations philanthropiques et la multiplication des PPP, ce qui pose de nombreuses questions en matière de transparence des décisions, de pertinence des solutions et de contrôle démocratique.

CAS

COMMERCIALISATION DES SOINS DE SANTÉ AU PÉROU

Dans ce cas, nous examinerons la disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité et la qualité (*AAAQ, Availability, Accessibility, Acceptability, Quality*) des soins de santé au Pérou, et nous décrirons brièvement l'influence du secteur privé commercial sur ces soins.

1. ACCESSIBILITÉ AUX SOINS DE SANTÉ (*ACCESSIBILITY*)

ACCESSIBILITÉ ÉCONOMIQUE (*AFFORDABILITY*)
26 millions de Péruviens (sur une population de 31 millions) sont actuellement affiliés à une assurance maladie du secteur public. La loi sur l'assurance maladie universelle de 2009 donne la priorité à l'affiliation à une assurance pour un maximum de Péruviens. Pour de plus en plus de personnes assurées sur papier, l'accès réel aux soins de santé nécessaires n'est pas encore garanti, et certainement pas équitable. La loi classe de fait les Péruviens en 4 catégories.

1. 10 millions de Péruviens sont affiliés à la caisse d'assurance maladie EsSalud, la caisse à laquelle les employeurs et les travailleurs qui ont un emploi formel versent des cotisations afin de bénéficier d'une couverture intégrale des soins de santé. Chaque patient reçoit 200 euros par an d'EsSalud.

2. 16 millions de Péruviens sont affiliés à la SIS, la caisse d'assurance maladie qui n'offre pas de couverture intégrale, mais plusieurs « forfaits de base » aux groupes pauvres et vulnérables, en fonction de différentes sous-catégories. La SIS verse seulement 90 euros par patient par an.

3. 1 million de Péruviens est affilié à des assurances privées qui versent 650 euros par patient par an.

4. 4 millions de Péruviens ne sont pas assurés et paient tous les frais de leur poche. Cette catégorie comprend de nombreuses personnes handicapées, âgées, des indigènes et autres groupes marginalisés.

Malgré le nombre croissant d'assurés, un obstacle économique majeur empêche l'accès réel aux soins de santé. En effet, les assurés d'EsSalud et de la SIS doivent toujours payer eux-mêmes une grande partie de leurs soins de santé dispensés dans le secteur privé, car l'intervention du secteur public ne suffit pas. Cela représente en moyenne 200 euros par an et jusqu'à 2,2 % du produit intérieur brut, alors que les pouvoirs publics n'y consacrent que 2,1 % et que les cotisations versées par les employeurs et les travailleurs à EsSalud s'élèvent à 1,7 %.

ACCESSIBILITÉ PHYSIQUE
L'accès aux soins de santé pour la population rurale reste très limité en raison du manque de routes et de moyens de transport dans les zones reculées et difficilement accessibles de la cordillère des Andes et de la forêt amazonienne. Ce problème concerne environ 25 % de la population.

Plus de 80 % des médecins spécialistes travaillent dans seulement 3 régions sur 25 (Lima, Arequipa et La Libertad). Dans toutes les autres régions, les patients peuvent donc à peine s'adresser à des spécialistes. Le secteur privé ne voit finalement aucun intérêt à pallier la pénurie de services dans les zones rurales : celles-ci sont difficilement accessibles et le profit y est (quasi) inexistant.

2. DISPONIBILITÉ DES SOINS DE SANTÉ (*AVAILABILITY*)

Le nombre d'établissements publics de santé au Pérou est insuffisant pour assurer les urgences sanitaires réelles. Ainsi, selon les estimations, le système de santé publique aurait besoin d'au moins 24 000 lits d'hôpitaux supplémentaires, ce qui coûterait quelque 15 milliards d'euros. Nous ne prenons pas en compte ici les coûts liés à une amélioration de l'équipement des centres de soins de santé primaires, même si les besoins dans ce domaine sont criants. En ce qui concerne les membres du personnel médical, au Pérou, leur nombre correspond à un peu plus de la moitié de celui prescrit par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), qui est de 23 médecins et infirmiers pour 10 000 habitants. Au sein du secteur privé, nous observons une prolifération non contrôlée et chaotique de toutes sortes de pratiques lucratives, tant en ce qui concerne la prestation de services que l'assurance. Le ministère de la Santé n'a plus aucun contrôle sur le secteur et n'est plus en mesure de déterminer l'offre de services et son financement.

Le système de soins de santé public alimente par ailleurs lui-même la commercialisation émergente du secteur. Les deux organismes publics EsSalud et la SIS ne sont pas complémentaires en cas d'offre insuffisante, ce qui serait pourtant le bienvenu, surtout pour les urgences. EsSalud et la SIS travaillent avec le secteur privé, essentiellement de deux manières : par le biais d'un achat incontrôlé de services dans le secteur privé et par des partenariats public-privé (PPP).

La SIS consacre environ 3 % de son budget annuel à l'achat de services auprès de cliniques privées et d'autres acteurs du marché. Il peut s'agir d'une hospitalisation, d'un traitement, d'un diagnostic, de la location de matériel médical ou de l'achat de médicaments qui ne sont pas mis à la disposition des centres de santé publique. 20 % du budget de la SIS vont déjà à la caisse publique d'assurance maladie EsSalud. Les trois quarts sont alloués à l'achat de services et un quart au paiement de deux hôpitaux qui sont gérés par des entreprises privées espagnoles dans le cadre de la formule PPP.

3. ACCEPTABILITÉ DES SOINS DE SANTÉ (*ACCEPTABILITY*)

Les soins de santé sont prodigués selon une approche strictement biomédicale où le médecin ne prend pas le temps de considérer la situation de vie et les problèmes mentaux du patient. Au contraire, à ses yeux, ce dernier est une machine physique à qui il faut prescrire un traitement (onéreux) ou des médicaments sans lui expliquer précisément le problème.

Le système au sein duquel services publics et services privés se font concurrence favorise les pratiques contraires à l'éthique. De nombreux médecins du secteur public attirent des patients dans leur cabinet médical privé avec la promesse d'y profiter de soins bien plus rapides et de meilleure qualité. Les assurés du secteur public attendent souvent leurs soins en vain, car leur médecin est occupé dans son cabinet privé.

Le secteur privé tire une grande partie ses importants bénéfices en attirant des patients au moyen de consultations (presque) gratuites. Ces consultations ont pour but de faire peur aux patients qui se laissent convaincre de passer des examens, de suivre des traitements ou de prendre des médicaments inutiles. Ainsi, les patients doivent souvent payer de leur poche des sommes considérables, qui ne sont généralement pas couvertes par leur assurance.

Les césariennes inutiles pratiquées dans le secteur privé constituent un exemple clair et largement étudié. Cette intervention est réalisée pour 80 % (pourcentage alarmant) des accouchements, voire 95 %[35] dans certaines cliniques privées. Pour une césarienne, le médecin peut facturer des honoraires plus élevés que pour un accouchement naturel. De plus, les césariennes peuvent être programmées et durent généralement bien moins longtemps. Cette pratique contraire à l'éthique est bien entendu une atteinte à la santé et au portefeuille de nombreuses femmes.

Malheureusement, la SIS et EsSalud affichent également des pourcentages de césariennes bien trop élevés (respectivement 25 % et 45 %). Les médecins consacrent moins de temps à l'accouchement proprement dit, et davantage aux nombreuses patientes en attente ou à leur cabinet privé. Le temps, c'est de l'argent dans un système surchargé.

4. QUALITÉ DES SOINS DE SANTÉ (*QUALITY*)

Tous les problèmes et défaillances évoqués laissent peu de doute quant au fait que la qualité du système de soins de santé public est insuffisante et sous pression en raison de la pénurie de moyens publics et de la concurrence du secteur privé. Ce système ne prévoit aucune procédure efficace pour traiter les problèmes ou les plaintes des patients ni aucune protection contre les cas flagrants d'erreurs ou de négligence médicales.

Dans le secteur privé, il existe une très grande différence en termes de qualité et de satisfaction entre, d'une part, plusieurs compagnies d'assurance et cliniques importantes, et d'autre part, de nombreux centres qui sont certes meilleur marché, mais extrêmement précaires, qui ne disposent pas de l'équipement de base et des mesures d'hygiène nécessaires pour prendre en charge les patients, et font donc souvent parler d'eux à la suite d'opérations ou de traitements ayant mal tourné. Le secteur privé ne fait l'objet d'absolument aucun contrôle.

Photos : Paolo Patruno - UNWomen

3. SOINS DE SANTÉ À VENDRE : UNE RÉPONSE INADAPTÉE À UN SYSTÈME DE PRESTATION DE SOINS DE SANTÉ DÉFAILLANT

1. PUBLIC ET PRIVÉ, QUE SIGNIFIENT CES TERMES ?

Qui sont les mieux placés pour fournir des services de soins de santé de qualité si nous voulons atteindre des soins de santé accessibles et de bonne qualité pour tous ? Les prestataires publics ou privés ?

Il n'existe aucune réponse simple à cette question, en premier lieu parce que définir ce qui est privé et ce qui est public est complexe. Les prestataires privés sont hétérogènes, composés d'entités formelles à but lucratif comme les hôpitaux indépendants, les prestataires de soins individuels travaillant pour leur propre compte, les entités informelles pouvant inclure des prestataires non agréés et des prestataires sans but lucratif, comme la communauté et les entreprises sociales, les organisations non gouvernementales, la société civile, etc. Dans de nombreux pays, les professionnels de la santé individuels, tels que les médecins, travaillent souvent pour leur propre compte. La majorité (ou tous) des hôpitaux et des centres de santé sont quant à eux aux mains du gouvernement ou gérés par des organisations sociales à but non lucratif. Ailleurs, les services de santé sont fournis par un mélange d'entreprises et d'institutions à but lucratif et sans but lucratif, subventionnées ou non par le gouvernement.

Nous ne pouvons donc pas faire une simple distinction entre le public et le privé. Nous pouvons toutefois déclarer qu'il existe des raisons structurelles claires expliquant pourquoi les soins de santé à but lucratif et la concurrence jouent en défaveur de l'efficacité ou de la qualité et entravent l'accès universel et équitable aux soins de santé. Cette affirmation est davantage illustrée par des cas spécifiques ailleurs dans ce rapport.

D'importantes différences doivent être faites entre le public ou les prestataires sans but lucratif, et les prestataires de services commerciaux. Tandis que l'objectif principal du secteur commercial consiste à optimiser les profits, les services publics de santé visent à répondre aux besoins essentiels de la population. Les services publics de santé ne sont pas dans une position de concurrence idéale, parce qu'en principe, ils doivent également fournir des services aux personnes dont les besoins sont les plus exigeants et dont le pouvoir d'achat est le plus faible, comme les pauvres, les handicapés, les personnes âgées, les demandeurs d'emploi, les migrants ; en résumé, les personnes qui rencontrent le plus de difficultés dans la société.

Il existe des coûts marginaux importants inhérents à la prestation des soins de santé aux couches de population les plus inaccessibles ou les plus défavorisées. Les services de santé pour les personnes souffrant de maladies chroniques préexistantes sont souvent relativement plus chers, tout comme le traitement des maladies rares. Les systèmes à but non lucratif fondés sur la solidarité et dont les moyens financiers sont suffisants et peuvent absorber ces coûts marginaux et les répartir sur une population entière. Les systèmes à but lucratif tenteraient généralement d'exclure les personnes avec des besoins spéciaux ou défavorisés d'une quelconque manière. Ainsi les assurances maladies privées à but lucratif excluent les personnes souffrant d'une maladie préexistante ou leur font payer plus chers.

Les services publics de santé ne sont donc généralement pas rentables. La caractéristique inhérente à une entreprise est de devoir engendrer des bénéfices pour ses actionnaires, dont le but est de voir leurs investissements rémunérés. Ces services de santé commerciaux sont donc généralement rentables, mais ne fournissent pas l'accès universel aux soins de santé de qualité en délaissant les populations pauvres ou trop éloignées comme le montre le cas du Pérou développé plus haut. Pour rentabiliser les services, ces institutions commerciales facturent généralement des redevances élevées pour service rendu, ce qui peut engendrer des dépenses de santé catastrophiques ou exclure les patients qui n'ont pas une assurance médicale suffisante pour couvrir les frais. Ces deux cas de figure forment un obstacle financier majeur à l'accès aux soins de santé.

Un système mixte composé de prestataires de soins de santé publics et privés entraîne quant à lui des implications potentiellement graves pour l'équité dans l'accès aux soins de santé.

Nous constatons la manière dont les partenariats public-privé actuels engendrent une diminution des revenus du secteur public tout en lui laissant la responsabilité de prendre soin des plus pauvres. En résumé : le secteur public affaibli supporte les risques tandis que le secteur privé obtient les avantages. Ceci est illustré dans le cas du Lesotho.

Par conséquent, le plus grand risque de la commercialisation des services de soins santé réside dans la création d'un système à deux vitesses avec d'un côté des soins principalement privés, hautement technologiques et spécialisés, avec des professionnels de la santé qualifiés pour les quelques riches et de l'autre des services de santé publics de base, en sous-effectif, pour les plus démunis. Ceci impliquerait que les plus démunis habitant les zones rurales et urbaines auraient moins accès à des services de santé de qualité. Un système de santé à deux vitesses soulève de graves préoccupations en matière d'équité et de justice sociale dans l'accès aux soins de santé.

2. LES IMPACTS DE LA COMMERCIALISATION DU SECTEUR DE LA SANTÉ SUR LA QUALITÉ, L'EFFICACITÉ, LA DISPONIBILITÉ ET L'ACCESSIBILITÉ

On déclare souvent que les prestataires de soins de santé commerciaux offrent des prestations de qualité supérieure. Toutefois, si par « soins de qualité » on sous-entend « offrir le meilleur traitement en fonction du diagnostic, sur la base des preuves et des directives de traitement internationales », ce n'est alors pas nécessairement le cas.

Suite à la privatisation des services obstétricaux au Pérou et au Chili, par exemple, des taux plus élevés de procédures potentiellement inutiles, en particulier les césariennes, ont été signalés dans les établissements privés à but lucratif. Ceci est inquiétant puisque les césariennes, qui comportent plus de risques pour la santé de la mère, ne devraient être effectuées que sur indication médicale. Dans d'autres cas, la concurrence nuit à la collaboration entre les différents prestataires, qui constitue souvent un important ingrédient pour des soins de bonne qualité, en particulier en ce qui concerne les références entre les différents types de spécialistes ou entre les différents niveaux du système de soins de santé.

L'externalisation des services de santé au secteur privé à but lucratif ne semble pas non plus toujours améliorer l'efficacité.

Par « efficacité », nous comprenons « produire les meilleurs résultats possible avec le budget disponible ». La nécessité de la prévention se heurte à la logique commerciale qui doit vendre pour survivre. Qui ne tombe pas malade, n'a pas besoin d'un traitement, ne rapporte pas d'argent. En Chine, l'externalisation des soins de santé vers le secteur commercial a conduit à une baisse des soins de santé préventifs les moins rentables ; la couverture vaccinale y a diminué de moitié au cours des cinq années suivantes. La nécessité d'engendrer des bénéfices pousse également les prestataires à but lucratif à appliquer des traitements coûteux, complexes et souvent inutiles. Comme le démontre le cas du Pérou. Elle privilégie également une approche biomédicale, basée sur la technologie et la chimie, négligeant la prise en compte du système de santé dans son ensemble.

Les systèmes de soins de santé commercialisés ont aussi des coûts de transaction plus élevés, nécessaires pour gérer ou réglementer le marché. Tandis que les systèmes publics sont plus efficaces, car ils assurent des économies d'échelle au niveau des achats, de la fourniture et de la distribution de médicaments et de matériel. Ils sont également mieux placés pour éviter des investissements en capital inutiles, la duplication des équipements et des services, et les fioritures qui sont endémiques aux hôpitaux dans un environnement de marché concurrentiel.

Le manque d'infrastructures publiques dans les zones rurales constitue un obstacle à la disponibilité géographique. Avec une pression croissante pour la commercialisation des services de santé, il est important de noter que le secteur privé investit principalement dans des hôpitaux secondaires et tertiaires spécialisés dans les villes. Les zones rurales et les soins de santé primaires préventifs sont négligés par le secteur à but lucratif.

En outre, l'externalisation des prestations de soins de santé à des investisseurs commerciaux est préjudiciable au secteur public, car elle détourne les rares ressources. On peut citer en exemple la manière dont la présence du secteur privé à but lucratif dans un pays ou d'industries du tourisme médical dans les pays voisins attire les professionnels de la santé au détriment du secteur public en leur offrant des salaires plus élevés. Les Philippines en sont un exemple.

3. LA SANTÉ EST UN CHOIX

Les systèmes publics effectuent un large éventail de tâches de santé publique qui ne sont pas directement liées à la prestation de soins. On peut débattre sur la possibilité que ces services soient proposés par un ensemble de prestataires privés si des mécanismes de régulation solides imposaient des conditions à appliquer par les prestataires privés. En pratique, cependant, les bienfaits publics tels que la couverture de masse, la sensibilisation du public, la sensibilisation communautaire et les services d'urgence sont fournis de manière plus efficace par des programmes publics que par l'ensemble des programmes privés réglementés.

Afin de garantir la protection sociale, les systèmes de santé devraient promouvoir l'équité, l'accessibilité, la qualité et l'efficacité. Le bien-être de la population devrait toujours être une priorité. Le développement économique ne doit pas être plus qu'un outil d'aide à la réalisation du développement humain. En raison des risques pour l'équité dans l'accès aux soins de santé de qualité, nous nous opposons à la commercialisation des services de soins de santé. De plus, cette dernière se révèle être en contraste frappant avec la vision des soins de santé primaires envisagée dans la Déclaration d'Alma-Ata de 1978, qui appelle à la construction de systèmes de soins de santé qui offriraient des soins complets, qui seraient intégrés, organisés pour promouvoir l'équité, et régis par les besoins de la communauté.

Les systèmes de santé qui reposent principalement sur l'approvisionnement et le financement publics des soins de santé sont plus performants en termes d'accès équitable. Un seul système public semble également plus performant en termes d'efficacité, tandis que les systèmes plus privatisés sont plus fragmentés et engendrent plus de frais transactionnels.

Les gouvernements doivent éviter de confier les services de santé au secteur commercial. En outre, en raison des défaillances du marché en matière de soins de santé et de son impact avéré sur l'accès aux soins de santé, une exclusion du système de soins de santé devrait exister dans les accords commerciaux et d'investissement pour permettre à l'État de protéger l'accès aux soins de santé.

Photo : Pyal Adhikary, Inde

CAS

LE PARTENARIAT PUBLIC-PRIVÉ AU LESOTHO : UNE DANGEREUSE DIVERSION

Dans une étude conjointe de 2014 avec le Consumer Protection Association[36], Oxfam a mis à jour les dangers associés aux partenariats public-privé (PPP) dans la santé en analysant le cas de la construction d'un hôpital au Lesotho. Ce cas particulier illustre le fait que les PPP impliquent souvent la mobilisation de fonds publics dans des projets onéreux et financièrement risqués qui ne bénéficient pas aux populations les plus nécessiteuses et ne servent pas l'objectif d'une couverture santé universelle et équitable.

Le Lesotho est un pays très pauvre dont la moitié de la population vit sous le seuil de pauvreté et ¾ de la population vit en zone rurale, où les soins de santé sont souvent inexistants en raison du sous-investissement et où le taux de pauvreté est 50% plus élevé qu'en ville. Le Lesotho compte le 3e taux le plus élevé de prévalence du VIH Sida au monde.

La branche d'investissement de la Banque mondiale, la Société financière internationale (SFI) a conseillé le gouvernement du Lesotho pour la négociation d'un PPP signé en 2009 afin de remplacer l'ancien hôpital par le Queen Mamohato Memorial Hospital qui a ouvert ses portes en 2011 et compte 425 lits[37]. La SFI considère le premier PPP du genre dans un pays à faible revenu comme un modèle à répliquer dans tout le continent[38]. Cependant, la promesse de plus d'efficacité pour le même prix n'a pas été tenue et le projet vire au cauchemar. Le partenaire privé (à but lucratif) Consortium Tsepong Ltd a obtenu un marché de 18 ans pour la construction et l'exploitation du nouvel hôpital : le consortium fournit les services cliniques et emploie le personnel pour l'Etat et jouit d'un retour sur investissement de 25%. A la fin du contrat, l'hôpital devient la propriété du gouvernement. Ce PPP se révèle économiquement désastreux pour l'Etat du Lesotho. Les frais de fonctionnement et d'emprunt coûtent à l'Etat 67 millions de dollars par an ou 51% du budget de la santé du pays, soit trois fois plus cher que l'ancien hôpital. Selon les projections économiques, il coûtera 7,6 fois le prix de l'ancien hôpital en 2026[39]. Vu l'explosion des frais du PPP, le gouvernement du Lesotho a proposé d'augmenter le budget de la santé, au détriment des budgets pour l'agriculture et l'éducation. La déception est également grande sur le plan des performances médicales. Le nouvel hôpital a réussi à diminuer la mortalité maternelle dans la capitale de 10%, mais les zones rurales sont délaissées et la mortalité infantile et maternelle augmente : quatre fois plus de femmes enceintes y meurent par rapport à la moyenne nationale[40]. Ce PPP est une diversion dangereuse de fonds publics, déjà insuffisants, qui allaient auparavant à destination des services de soins de santé primaires des zones rurales.

La SFI a une grande responsabilité dans ce fiasco puisque les conseils qu'elle a prodigués à l'Etat n'ont pas été très judicieux ni efficaces: les coûts du PPP ont augmenté pendant la négociation du contrat qui favorisait les partenaires privés.

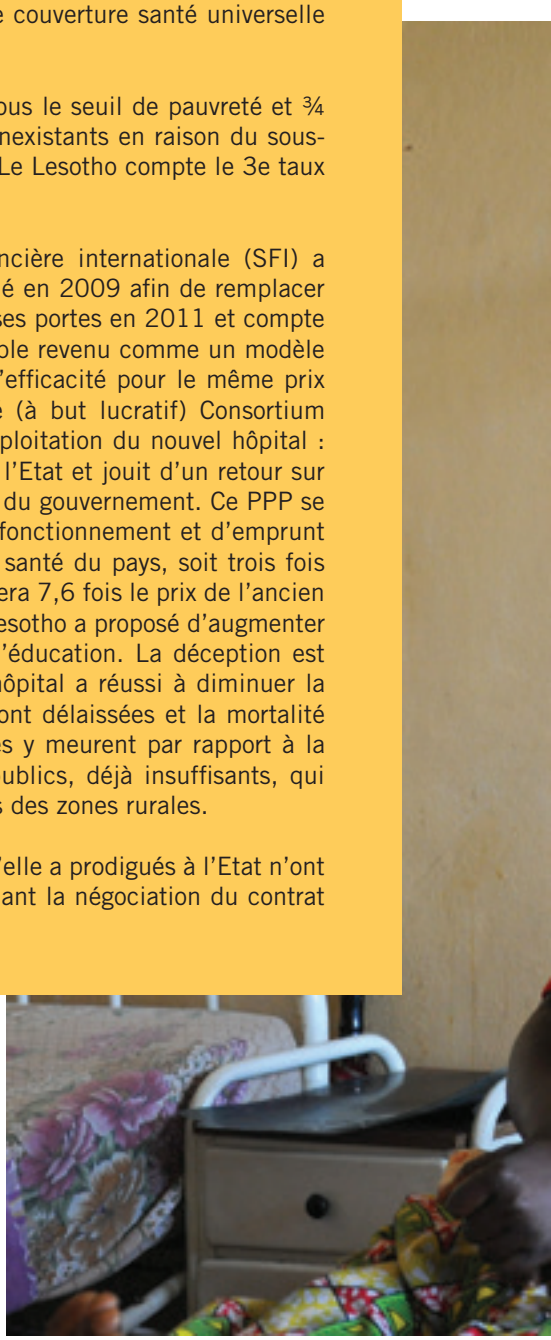


Photo : Maria Cierna

CAS

LA PRIVATISATION DE LA SANTÉ AUX PHILIPPINES

1. LE MANQUE D'ACCESSIBILITÉ AUX SERVICES DE SANTÉ

Aujourd'hui, 8 personnes sur 10 aux Philippines déclarent ne jamais avoir passé d'examen médical ou d'examen physique dans leur vie. Ce manque flagrant d'accès aux services de santé est également illustré par le fait que 28 % des Philippines ne bénéficient pas d'assistance à l'accouchement qualifiée[41]. Les taux d'utilisation des soins de santé aux Philippines attestent d'un plus faible accès à la santé que la moyenne régionale[42].

La raison principale est, pour la majorité de la population, le manque de moyens financiers. Les services de santé gratuits sont très limités et les plus démunis ne peuvent pas se permettre des médicaments et des traitements. À cause de la pauvreté, 6 personnes sur 10 meurent sans jamais avoir vu de médecin.

2. LES PROMESSES DES PARTENARIATS PUBLIC-PRIVÉ

Avec le « Plan de développement des Philippines » (2011-2016), le gouvernement du Président Aquino a entrepris deux grandes stratégies pour tenter de sauver un système de santé en difficulté. La première est l'élargissement du Programme national d'assurance maladie, appelé Philhealth. La deuxième stratégie consiste à diminuer le rôle du gouvernement et à augmenter la commercialisation et les partenariats public-privé dans les services de santé avec la commercialisation de l'hôpital, le tourisme médical et l'ouverture des prestations de soins de santé aux entreprises locales et étrangères[43]. Ce choix a été acclamé par l'Union européenne : le dernier document de stratégie Philippines-UE (2007-2013)[44] a déclaré que *« la poursuite des privatisations est essentielle et urgente »*, et a soutenu la réforme de la santé basée sur le marché aux Philippines par une contribution de 33 millions d'euros.

3. DES SERVICES DE SANTÉ INABORDABLES

Avec l'augmentation de la privatisation des services de santé publique, le gouvernement a réduit progressivement son allocation aux services de soins de santé. Lorsque le plan a été mis en œuvre, le budget pour le secteur de la santé est passé de 1,57 % à 1,31 % du PIB[45]. En conséquence, des compressions budgétaires pour l'entretien et autres dépenses de fonctionnement des hôpitaux publics ont été faites et un budget zéro a été alloué pour les dépenses en capital des hôpitaux ciblés par la commercialisation et les partenariats public-privé. Contraints de survivre avec un budget limité et de démontrer leur viabilité financière à des investisseurs privés potentiels, ces hôpitaux ont, dans l'intervalle, progressivement augmenté leurs frais de service.

En raison de la commercialisation, le coût des soins a augmenté de manière exubérante. Selon le ministère philippin de la Santé, 60 % des hôpitaux du pays sont des propriétés privées, alors que l'OMS estime que seulement 30 % de la population peut se permettre des services de santé du secteur privé. Le think tank local IBON rapporte que le coût total pour le transport et le traitement dans un établissement privé est parfois cinq fois plus élevé que le coût du transport et d'un traitement dans un établissement public[46].

4. DES QUOTES-PARTS PERSONNELLES TRÈS ÉLEVÉES

La couverture des services de soins de santé aux Philippines est beaucoup plus faible chez les personnes vivant dans la pauvreté ou qui ne bénéficient pas d'une éducation[47]. Les deux tiers les plus pauvres de la population utilisent les installations publiques, en particulier les unités de santé en milieu rural et les centres de santé du village. En comparaison, seul un dixième du quintile le plus riche utilise ces installations, ce qui favorise les hôpitaux et les cliniques privées. Cependant, la disponibilité des services de santé publique reste très faible aux Philippines, avec de grandes disparités entre les zones urbaines et rurales. De plus, les établissements publics sont la plupart du temps bondés, manquent d'équipements, se trouvent à des distances inaccessibles et manquent de personnel médical et de médicaments.

Les coûts d'hospitalisation moyens sont équivalents à 167,5 % du salaire mensuel minimum d'un salarié. Philhealth couvre uniquement un ensemble de services défini et limité. En 2013, les quotes-parts personnelles aux Philippines ont représenté 57 % des dépenses totales de santé, dépassant le seuil de l'OMS pour les dépenses catastrophiques conduisant à l'appauvrissement. En 2010, elles représentaient 53 %.

Selon IBON, PhilHealth n'empêchera pas l'augmentation des coûts des services médicaux une fois un hôpital public privatisé[48]. La raison principale est que l'externalisation des soins de santé à des investisseurs commerciaux revient à détourner les ressources du secteur public. En guise d'exemple, citons la manière dont le secteur privé à but lucratif attire les professionnels de la santé en dehors du secteur public en leur offrant de meilleures conditions de travail et des salaires plus élevés[49].

5. DES CAMPAGNES RÉUSSIES : LA SOCIÉTÉ CIVILE GAGNE LA LUTTE CONTRE LA POLITIQUE DES PARTENARIATS PUBLIC-PRIVÉ

La manière dont la politique du PPP privilégie souvent le profit immédiat au détriment de l'égalité d'accès aux services est démontrée dans le cas de l'hôpital orthopédique des Philippines. Ce dernier fut le premier hôpital à être commercialisé suivant ce plan. D'après l'offre gagnante, l'hôpital est autorisé à réduire les lits alloués pour les patients indigents de 562 lits actuels à 70 pour donner la priorité aux patients payants. Les employés sont également confrontés à la possibilité de perdre leur emploi en raison de compressions budgétaires[50].

En octobre 2014, la campagne de la société civile a réussi à obtenir du tribunal une ordonnance restrictive temporaire pour la privatisation du centre orthopédique des Philippines, sur la base des dispositions de la Constitution des Philippines sur le droit à la santé. En combinaison avec une sensibilisation du secteur de la santé et du grand public, cela a abouti à une victoire. En novembre 2015, Megawide, la société engagée pour gérer le nouvel hôpital, a résilié le contrat[51].

4. COMMERCIALISATION DES MÉDICAMENTS ET DROITS DE PROPRIÉTÉ INTELLECTUELLE

L'accès aux médicaments et aux technologies médicales est un des éléments essentiels qui détermine l'accès et la qualité des soins de santé. Plus de deux milliards de personnes n'ont pas un accès régulier aux médicaments essentiels[52], le prix des médicaments constituant une barrière importante pour les pays à bas et moyen revenus[53]. Ces pays ont d'autant plus besoin de médicaments bon marché qu'ils sont confrontés à un double « fardeau sanitaire » : le traitement des maladies infectieuses comme le VIH/Sida, l'hépatite C ou la malaria, combiné au fléau des maladies non-transmissibles comme le cancer ou le diabète. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), 80% des décès liés à ces maladies se produisent dans les pays à bas et moyen revenus[54]. Avoir accès à des médicaments à prix abordable est un facteur clé pour faire face à ces défis dans les pays en développement, où une grande partie des dépenses en santé sont consacrées aux produits pharmaceutiques. De plus, les malades doivent souvent payer de leur poche les médicaments, car il n'existe pas de système de santé public comme en Belgique, grâce auquel les médicaments sont payés ou remboursés par l'assurance maladie avec l'intervention de l'Etat.

Les entreprises pharmaceutiques ont donc une grande responsabilité lorsqu'elles fixent les prix de leurs produits. Depuis quelques années, on observe une augmentation croissante du prix des nouveaux médicaments mis sur le marché, comme les anti-cancéreux par exemple, dont le prix peut parfois atteindre la somme astronomique de plus de 100 000 euros par traitement. Les règles commerciales et les accords de libre-échange (ALE) ont un impact direct sur le prix des médicaments comme nous allons le voir, et peuvent mener à la primauté des intérêts économiques et financiers des grandes entreprises pharmaceutiques aux dépens du droit à la santé.

1. LE RÔLE DES MÉDICAMENTS GÉNÉRIQUES

Un des facteurs clés pour faire baisser le prix des médicaments est la concurrence entre producteurs et la mise sur le marché de versions génériques d'un médicament de marque. Depuis 1995, l'accord TRIPS (Trade Related Intellectual Property Rights)[55] régit les règles de propriété intellectuelle au niveau des membres de l'Organisation mondiale du commerce (OMC). Il prévoit notamment un brevet offrant un monopole de 20 ans pour les nouveaux médicaments. Or une protection excessive des droits de propriété intellectuelle forme une barrière pour la concurrence et pour la recherche et le développement (R&D) par des laboratoires étatiques, ce qui réduit l'accès aux médicaments et le développement d'une industrie pharmaceutique locale[56].

Afin de protéger la santé des méfaits d'une trop stricte propriété intellectuelle, l'accord TRIPS prévoit certaines flexibilités, notamment une dérogation pour que les pays les moins développés ne doivent pas mettre en œuvre les dispositions concernant les brevets pharmaceutiques avant 2033[57].

La lutte pour l'accès aux médicaments génériques en Afrique du Sud à la fin des années '90 a marqué un tournant dans la prise de conscience des risques que la propriété intellectuelle peut constituer pour la santé et a été portée à l'écran dans le documentaire Fire in the Blood[58]. Cette bataille juridique opposait des patients souffrant du VIH/Sida et des activistes de la santé à une coalition de 39 géants pharmaceutiques. Ceux-ci remettaient en cause la décision du gouvernement sud-africain d'importer des médicaments génériques indiens pour traiter les 4,7 millions de citoyens sud-africains atteints du VIH/Sida, sous prétexte que les accords TRIPS étaient enfreints. Cet épisode qui mettait en lumière la suprématie des profits sur la santé des patients a choqué le monde et a mené à la rédaction de la Déclaration de Doha sur l'accord TRIPS et la santé publique à l'OMC[59]. Celle-ci prévoit que la santé publique doit prévaloir sur les règles de propriété intellectuelle dans leur interprétation et leur mise en œuvre et réaffirme les flexibilités prévues dans l'accord TRIPS.

L'Inde, surnommée la « pharmacie des pays en développement », a joué et joue toujours un rôle crucial dans la chute des prix des médicaments destinés aux pays en développement. Le pays a privilégié un système de protection intellectuelle équilibré qui protège la santé publique et n'octroie de brevet qu'en cas de réelle innovation. Cela a permis à l'industrie pharmaceutique générique indienne de fournir 20% des médicaments génériques dans le monde et 80% de tous les médicaments utilisés pour traiter le VIH/Sida[60]. Le prix des antirétroviraux de première génération est passé de 10.000 dollars par patient et par an à 100 dollars grâce à la concurrence indienne[61] et a permis à plus de 5 millions de patients de bénéficier de ce traitement.

Mais cette vision de la propriété intellectuelle ne fait pas consensus et irrite tout particulièrement les entreprises pharmaceutiques, comme le montre la saga juridique entre l'entreprise pharmaceutique Novartis et l'Etat indien. Le 1er avril 2013, la Cour suprême indienne a rejeté définitivement la demande de brevet introduite par la compagnie concernant son traitement contre le cancer Glivec, rendant ainsi disponible la version générique quinze fois moins chère que l'original. Cette décision a également confirmé la conformité des règles de propriété intellectuelle indiennes avec les accords TRIPS, conformité qui était remise en question par Novartis depuis 2006. Cette victoire historique confirme que seuls les médicaments réellement innovants ayant une plus-value thérapeutique sont protégés par des brevets et fait primer la santé publique sur les intérêts commerciaux.

Cet épisode montre que les pays à bas et moyens revenus qui font primer la santé publique dans leur interprétation et mise en œuvre de la propriété intellectuelle doivent faire face à des obstacles d'ordre juridique ou politique très importants. La Thaïlande s'est par exemple faite rappeler à l'ordre en 2007 par le Commissaire européen au Commerce Peter Mandelson après avoir utilisé une des flexibilités TRIPS qui permet de contourner un brevet pour des raisons de santé publique[62]. Le pays figure toujours aux côtés de l'Inde sur la *« watch list »* américaine qui reprend les pays que les USA estiment être à la traîne en matière de protection de la propriété intellectuelle[63].

2. QUAND LA POLITIQUE COMMERCIALE EUROPÉENNE NUIT GRAVEMENT À LA SANTÉ

Au sein de l'OMC, la libéralisation avancée du commerce international bute de plus en plus sur la résistance des pays en développement et voit le multilatéralisme s'essouffler. Les Etats-Unis privilégient depuis plus de 10 ans la voie de négociations commerciales bilatérales avec plusieurs pays ou régions du monde. L'Union européenne (UE) a elle aussi embrayé avec plusieurs accords de libre-échange (ALE) en cours de négociation avec notamment l'Inde, la Thaïlande, le Canada ou les Etats-Unis, dont un conclu avec le Vietnam en décembre 2015.

Pour l'UE, l'accord TRIPS ne va pas assez loin dans la protection de la propriété intellectuelle, considérée comme un outil qui promeut la recherche et le développement (R&D) des entreprises pharmaceutiques européennes et favorise la croissance économique et la création d'emplois. La négociation d'ALE avec des pays ou régions partenaires comprend donc systématiquement un chapitre qui vise à renforcer la protection de la propriété intellectuelle à l'étranger. Derrière la position des Etats, se retrouvent surtout les positions de l'industrie pharmaceutique. Dans le cadre du Partenariat transatlantique de commerce et d'investissement (TTIP), un document rédigé par l'industrie pharmaceutique américaine révèle son désir d'augmenter la protection de la propriété intellectuelle et d'harmoniser les standards de brevetabilité sur le modèle américain, rendant plus facile l'obtention d'un brevet[64].

Ces règles qui renforcent les monopoles et limitent la concurrence sont surnommées « TRIPS-plus » car elles vont au-delà de ce qui est prévu dans les accords TRIPS et peuvent prendre la forme de[65]:

- La prolongation de la durée de protection du brevet au-delà des 20 ans prévus dans l'accord TRIPS ;

- L'exclusivité des données (5 à 10 ans selon les traités)[66] qui empêche un producteur de médicaments génériques, pendant un certain nombre d'années, de faire référence aux données des tests cliniques qui ont servi à justifier la mise sur le marché du produit original, même si aucun brevet n'existe ou s'il a expiré ; cette mesure oblige de facto une entreprise générique à produire des données de test propres si elle veut mettre un médicament sur le marché, et donc à effectuer de nouvelles études.

La conséquence est la prolongation de facto du monopole, restreignant ainsi l'accès aux médicaments[67];

- Mesures de sanction pour le non-respect des droits de propriété intellectuelle ; la Commission européenne (CE) envisage même d'exclure des programmes financés par l'UE les pays qui enfreignent de manière répétée la propriété intellectuelle[68];

- Mesures douanières telles que saisie des médicaments aux frontières européennes lorsque les services douaniers jugent qu'ils enfreignent un droit de propriété intellectuelle ; 19 cargaisons de médicaments génériques en provenance du Brésil et de l'Inde à destination de pays en développement ont été injustement saisis entre 2008 et 2009, car ils avaient été confondus avec des contrefaçons[69].

L'industrie pharmaceutique aimerait également avoir un droit de regard sur les décisions prises par les gouvernements concernant la fixation et le remboursement des prix des médicaments, ce qui risque de réduire la marge de manœuvre des Etats pour contrôler les dépenses en médicaments[70].

Les mécanismes visant à protéger les droits des investisseurs sont également très controversés et influent sur la commercialisation des médicaments. Depuis le Traité de Lisbonne, la Commission européenne insère systématiquement dans les nouveaux ALE qu'elle négocie un mécanisme de règlement des différends investisseurs-Etats. Cela permet aux entreprises qui estiment que leurs profits et droits en tant qu'investisseurs ont été lésés par une mesure, loi ou disposition prise par un Etat d'entamer un recours légal pour dédommagement via un système d'arbitrage, dont le fonctionnement est souvent opaque et sujet aux conflits d'intérêt.

Des mesures de santé publique risquent d'être remises en cause via ce système. Les décisions des gouvernements australiens[71] et uruguayens d'instaurer de nouvelles règlementations sur les paquets de cigarettes afin de lutter contre le tabagisme ont été remises en question par le géant du tabac Philip Morris via de tels mécanismes insérés dans des traités bilatéraux d'investissement[72]. L'entreprise pharmaceutique américaine Eli Lilly remet quant à elle en question la décision du Canada d'invalider les brevets sur deux de ses médicaments faute de réelle innovation via le système d'arbitrage incorporé dans l'Accord de libre-échange nord-américain (ALENA). La multinationale réclame à l'Etat canadien 500 millions de dollars canadiens de dommages et intérêts[73].

L'insertion de ce genre de mécanisme donne un pouvoir disproportionné aux entreprises sur les Etats et risque de les décourager de prendre des décisions qui risquent d'être remises en question par les entreprises, telle que l'utilisation des flexibilités TRIPS pour contourner un brevet pour des raisons de santé publique. Même si un Etat ressort gagnant, ses finances publiques en auront pris un coup. L'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) a calculé que les frais légaux et d'arbitrage coûtent 8 millions de dollars en moyenne et peuvent s'élever jusqu'à 30 millions de dollars dans certains cas[74].

ZOOM

COÛT DE RENFORCEMENT DES DROITS DE PROPRIÉTÉ INTELLECTUELLE

De nombreuses études ont chiffré les coûts du renforcement de la propriété intellectuelle. D'ici 2030, les allongements de la durée des brevets pourraient augmenter les dépenses en médicaments de la Colombie de quasiment 280 millions de dollars ; les règles de l'exclusivité des données pourraient entraîner une augmentation de celles-ci de plus de 340 millions de dollars[75]. L'exclusivité des données dans l'ALE entre les Etats-Unis et la Jordanie conclu en 2001 a retardé la mise sur le marché de médicaments génériques pour 79% des médicaments analysés et augmenté le prix des médicaments d'environ 20%. La disponibilité des génériques aurait permis à la Jordanie d'économiser entre 6,3 et 22 millions de dollars entre 2002 et 2006 dans les dépenses en médicaments[76]. La Thaïlande risque aussi de faire les frais des mesures TRIPS-plus: une étude a estimé que l'exclusivité des données et l'extension de la durée des brevets pourrait augmenter le prix des médicaments de 32% d'ici 2027[77].

3. LA BELGIQUE, PARADIS PHARMACEUTIQUE ET PARMI LES PLUS GROS CONSOMMATEURS DE MÉDICAMENTS

La Belgique n'échappe certainement pas au problème de l'augmentation des prix des médicaments et a tout intérêt à veiller à ce que les politiques commerciales et de médicaments n'empirent pas la situation. Les dépenses pharmaceutiques sont en effet très élevées dans notre pays, elles représentent 16% des dépenses totales de santé, soit près de 6 milliards d'euros. La facture des médicaments constitue d'ailleurs le poids le plus lourd dans le coût à charge des patients. En 2012, les dépenses pharmaceutiques s'élevaient en Belgique à 550 euros par habitant. De cette facture annuelle, les patients ont payé de leur poche 218 euros (soit 40%) en médicaments non remboursés et tickets modérateurs. Le solde, soit 332 euros, a été remboursé par l'assurance soins de santé obligatoire. Ce niveau de dépenses par habitant classe la Belgique dans le peloton de tête des pays en termes de consommation de médicaments. A titre de comparaison, aux Pays-Bas, la dépense totale a été – pour la même période – de 401 euros par habitant et les patients n'ont payé que 85 euros (soit 21%) de leur poche.

Ces vingt dernières années (1990-2010), les dépenses pharmaceutiques ont augmenté de 6,8 % par an en moyenne[78]. Cette hausse a été supérieure à celle des dépenses totales en soins de santé, qui ont connu une augmentation annuelle de 6 % sur la même période. Afin de garder le contrôle sur cette hausse des dépenses, les pouvoirs publics ont mis en place depuis 2001 une série de mesures visant à promouvoir la délivrance de médicaments moins chers (remboursement de référence, prescription en DCI (dénomination commune internationale) c'est-à-dire la dénomination non-commerciale de la substance active pharmacologique définie par l'OMS, imposition d'un quota de prescriptions de médicaments moins chers, substitution générique).

Suite à l'introduction de ces mesures, une diminution des dépenses pour les médicaments était attendue. Ces économies auraient pu être utilisées pour financer de nouveaux médicaments, souvent onéreux, à haute valeur ajoutée thérapeutique. Cependant, sur cette même période, on assiste au contraire à une augmentation nette de 4 % des dépenses pour les médicaments remboursés. Ceci s'explique en partie par l'introduction dans le système de remboursement de nouvelles spécialités très onéreuses, mais surtout par la croissance très importante (+20 % entre 2008 et 2012) des volumes consommés.

ZOOM

FIXATION DU PRIX DES MÉDICAMENTS ET REMBOURSEMENT

Pour déterminer le prix d'un médicament en Belgique, une firme pharmaceutique doit introduire auprès du SPF Economie une demande de fixation du prix maximum de son médicament une fois qu'elle a reçu une autorisation de mise sur le marché. En même temps, elle peut demander à l'Inami, l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, que celui-ci puisse être remboursé aux patients. Le prix final est une décision ministérielle, après un avis de la Commission de remboursement des médicaments (CRM)[79] qui intervient comme organe consultatif pour le ministre des Affaires sociales en ce qui concerne le remboursement de spécialités pharmaceutiques. Théoriquement les éléments qui entrent en ligne de compte sont les suivants : indication pour le médicament, balance entre efficacité et risques, patients qui obtiendront le plus de bénéfices en fonction des coûts, comparaison avec d'autres médicaments existants le cas échéant, etc. Dans les faits, ces instances suivent souvent les propositions de prix des entreprises[80].

L'exemple du Sovaldi (S-sofosbuvir), un traitement efficace contre l'hépatite C de l'entreprise Gilead, est particulièrement parlant. Son coût de production est d'environ 100 euros pour 3 mois de traitement mais son prix de vente amène le coût de ces 3 mois de traitement à 50 000 euros! Un prix indécent surtout si l'on sait que Gilead n'a pas développé elle-même ce médicament ni réalisé les études nécessaires, qu'elle s'est contentée d'en acheter la propriété, et que l'on sait que le prix de vente finalement demandé est sans commune mesure avec ses coûts de recherche et développement[81].

Même si cette augmentation de volume correspond en partie à un meilleur traitement des patients, des mesures concrètes doivent donc être prises pour contrôler le volume de médicaments prescrits, notamment en analysant les comportements de prescription des prestataires et en les responsabilisant davantage. Des efforts doivent également être faits pour éduquer les patients à une consommation plus « appropriée » des médicaments, en suivant l'exemple de la campagne menée pour une consommation plus adaptée des antibiotiques.

4. CONCLUSION

La problématique de l'accès aux médicaments révèle une tension constante entre le droit à la santé des populations et les intérêts des entreprises pharmaceutiques. L'intervention des Etats est donc importante à plusieurs niveaux afin de réguler les actions de ces entreprises et de maintenir les prix des médicaments essentiels à un prix abordable pour leur population.

En vertu du principe de cohérence des politiques pour le développement (art.208 du Traité de Lisbonne), les Etats membres de l'UE doivent **éviter que les politiques commerciales européennes portent préjudice à l'accès aux médicaments** que ce soit en Europe ou ailleurs dans le monde. L'accord TRIPS de l'OMC reconnaît un brevet de 20 ans mais permet certaines flexibilités afin de privilégier les intérêts de santé publique. L'UE et ses Etats membres doivent soutenir les Etats qui, comme l'Inde, utilisent ces flexibilités. L'UE doit exclure de ses accords commerciaux les mesures « TRIPS plus » et les mécanismes ISDS qui restreignent les marges d'action politique des Etats en matière de santé. Dans ces buts, l'UE doit également veiller à la transparence et la restriction de l'intervention des lobbys pharmaceutiques sur ses politiques commerciales.

L'UE doit en outre s'engager dans le **soutien à la concurrence générique** pour permettre un accès large aux médicaments dans les pays à revenu faible et intermédiaire. A cette fin, elle doit s'engager dans le transfert de technologies vers les pays les moins avancés pour permettre, entre autres, la production locale de médicaments.

Au niveau européen, les Etats membres doivent **encadrer et réguler les activités des entreprises pharmaceutiques** en veillant notamment à la mise en place d'une définition claire et suffisamment restrictive de l'innovation thérapeutique donnant accès à un brevet. Il serait également intéressant de promouvoir un nouveau 'business model' qui permettrait d'éviter une démarche purement lucrative dans la fixation du prix final d'un médicament en ne prenant en compte que les coûts réels de recherche et de développement.

Par ailleurs, l'UE et ses États membres doivent **soutenir de nouveaux modèles d'innovation** basés sur les besoins en veillant à ce que l'innovation et les connaissances biomédicales dérivées en totalité ou en partie de la R&D en santé financée par des fonds publics conduisent à des produits médicaux et des médicaments qui sont appropriés, abordables et accessibles.

Enfin, la Belgique doit **cesser d'être un paradis pharmaceutique et mettre à disposition des patients des médicaments efficaces et sûrs pour un coût acceptable.** Pour cela, les prix des médicaments devraient être fixés de manière plus transparente. Les prescriptions pourraient systématiquement être faites en dénomination commune internationale (DCI) par tous les médecins. Des actions pourraient enfin être mises en œuvre pour changer la culture de consommation de médicaments.

Photos : MetroNews Toulouse

5. LE PERSONNEL DE SANTÉ ET LE DROIT À LA SANTÉ[82]

1. TENDANCES DES POLITIQUES DE RESSOURCES HUMAINES EN SANTÉ

Dans son analyse sur le personnel médical mondial publiée en 2004, la Joint Learning Initiative (Initiative conjointe sur l'apprentissage) sur les ressources humaines pour la santé et le développement a appelé à la mobilisation et au renforcement des ressources humaines pour la santé (RHS) comme stratégie principale pour lutter contre les crises de la santé dans les pays les plus pauvres du monde et construire des systèmes de santé durables partout[83].

Le rapport de la JLI a marqué le début d'une courte période où la crise du personnel médical a fait l'objet d'une attention considérable. Le Rapport mondial sur la santé 2006, « Travailler ensemble pour la santé » et le premier Forum mondial sur les ressources humaines pour la santé en 2008 ont constitué une étape importante dans ce développement. En 2006, le Rapport mondial sur la santé a également conduit au lancement d'une « décennie d'actions » et à la création de l'Alliance mondiale pour les personnels de santé (AMPS). Depuis lors, l'AMPS a essayé de relever les défis de gouvernance des RHS, avec cependant un impact mixte. Une des principales raisons à cela est que les gouvernements n'ont pas réalisé, ou n'ont pas été en mesure de réaliser, des investissements supplémentaires considérables dans le personnel médical. On a constaté quelques exceptions notables, y compris dans les pays à revenu faible et intermédiaire, mais en général, les résultats ont été en deçà des attentes. Au sein du financement de la santé tant nationale qu'internationale, les dépenses récurrentes (salaires et éducation) pour les professionnels de la santé sont restées inférieures à d'autres investissements dans la santé.

En 2010, l'Assemblée mondiale de la santé a adopté à l'unanimité le Code (non contraignant) de pratique sur le recrutement international des personnels de santé de l'OMS[84]. L'OMS a recommandé que ce Code soit incorporé aux politiques et aux législations nationales afin qu'il devienne juridiquement contraignant. Certains États ont cependant évoqué la nécessité d'un système plus formel pour le suivi et la mise en œuvre du code pour que celui-ci devienne une réponse significative au recrutement mondial des RHS. L'adoption du Code, malheureusement, a marqué la fin de quelques bonnes années pour les RHS dans la politique de la santé mondiale. La crise du personnel médical devrait être examinée de façon systémique au lieu d'être placée dans son propre « silo » thématique.

Cette année, l'OMS a élaboré un projet de stratégie mondiale sur les ressources humaines pour la santé : Workforce 2030. La version finale sera approuvée lors de la 69e Assemblée mondiale de la santé en mai 2016. Le projet Workforce 2030 offre un nouveau programme pour le personnel médical, mais ce dernier sera-t-il progressisiste ?

2. D'IMPORTANTS DÉFIS

Le droit à la santé, tel qu'il est précisé dans l'Observation générale n°14 sur le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, ne se réfère que partiellement au personnel médical[85]. Contrairement au caractère financièrement abordable à l'échelle universelle des services de santé, à la protection sociale en santé, et à l'accès universel aux médicaments essentiels, ce principe du droit à la santé n'est pas appliqué au personnel médical. Ceci pourrait en partie expliquer pourquoi l'approche juridique du développement du personnel médical s'est avérée si difficile au cours des dernières décennies. Elle a en effet constitué un obstacle majeur et a relativement été négligée dans la promotion de soins de santé universels.

3. L'AJUSTEMENT STRUCTUREL ET L'ESPACE BUDGÉTAIRE

Au cours de ces décennies, on a assisté à une forte poussée pour la stabilité macro-économique et la croissance dans les pays à revenu faible et intermédiaire, par le biais de la dérégulation et de la privatisation de l'économie. Les conditions imposées par la Banque mondiale et le Fonds monétaire international (FMI) sur les prêts d'investissement et de financement de crise ont forcé les pays à ouvrir leurs économies aux investissements étrangers, ainsi qu'à réduire les dépenses publiques (austérité) et à respecter un plafond strict en matière de factures salariales des employés du secteur public, comme le personnel de santé.

Les réalités financières qui encadrent le financement public disponible pour les systèmes de santé et les

salaires du personnel médical sont façonnées par des questions telles que la richesse non taxée, la fuite de capitaux, les inégalités de richesse, etc. Cette crise financière (y compris les anciens « plafonds » sur les dépenses publiques pour les factures salariales du personnel médical imposés par le FMI dans un certain nombre de pays africains jusqu'en 2007) a contribué à une migration externe, qui, à son tour, a engendré d'importantes économies sur les coûts de formation dans les pays importateurs.

Par exemple, dans neuf pays africains d'origine du personnel de santé, le coût estimé de l'éducation subventionnée par l'État d'un médecin allait de 21 000 dollars en Ouganda à 58 700 dollars en Afrique du Sud. La perte globale estimée des rendements sur l'investissement pour tous les médecins qui travaillent actuellement dans les pays de destination était de 2,17 milliards de dollars, allant de 2,16 millions de dollars pour le Malawi à 1,41 milliard de dollars pour l'Afrique du Sud. Le bénéfice réalisé par les pays de destination par le recrutement de médecins formés fut le plus important pour le Royaume-Uni (avec 2,7 milliards de dollars) et les États-Unis (avec 846 millions de dollars)[86].

Le FMI a lui-même conclu en 2007 que ses programmes de réduction de la pauvreté avaient abusé du plafonnement des salaires. Dans la période située entre 2003 et 2005, 17 pays d'Afrique ont été confrontés à des plafonnements des salaires. Tous ces pays, parmi lesquels le Malawi, le Mozambique et la Zambie, ont été et sont confrontés à de graves pénuries de personnel médical, aggravées par les crises du VIH/Sida et les exigences en matière de santé. Au cours de cette période, les gouvernements se sont retrouvés dans l'impossibilité d'employer du nouveau personnel de santé, en raison de ces plafonnements (bien que le FMI fait valoir que des exceptions auraient pu être envisagées pour le secteur médical). À la place, des partenariats mondiaux pour la santé tels que le Fonds mondial de lutte contre le VIH/Sida , la tuberculose et le paludisme et le Plan d'urgence pour l'initiative de lutte contre le VIH/Sida du Président américain ont fourni les fonds nécessaires aux ONG et aux organisations religieuses pour fournir des services de santé parallèlement au système public, qui employait le personnel médical sur la base de contrats privés et, trop souvent, à court terme[87].

4. LE PERSONNEL MÉDICAL EUROPÉEN

Dans l'Europe actuelle, nous voyons que ces politiques ne sont pas limitées aux pays à revenu faible et intermédiaire, mais que la Banque centrale européenne (BCE), l'UE et le FMI (connus sous le nom « Troïka ») ont forcé la Grèce, le Portugal, l'Irlande et l'Espagne à considérablement réduire leurs dépenses publiques. Quel en fut et quel en est encore l'impact sur le personnel de santé ?

En Grèce, le plan d'austérité approuvé par la Troïka a mené à une réduction de 150 000 emplois dans le secteur public entre 2011 et 2015. La Troïka a exigé que les dépenses publiques pour la santé ne dépassent pas 6 % du PIB, ce qui a engendré une diminution de 25 % des médecins employés par la caisse de sécurité sociale centrale, ainsi qu'une réduction de 25 % des salaires des médecins. On a pu constater une forte augmentation des personnes nécessitant des soins qu'ils ne peuvent pas recevoir. En Catalogne, les mesures d'austérité ont conduit à la fermeture de services de soins de santé et à des réductions du nombre de lits disponibles et des heures de travail prestées dans les hôpitaux. Au Portugal, le revenu des employés du secteur public a été diminué en 2011 et en 2012. On s'attend à ce qu'en Europe, avec son marché libre du travail interne, ces déséquilibres salariaux mènent à une fuite interne des cerveaux européens[88].

ZOOM

MOBILITÉ EUROPÉENNE DANS LES SOINS À DOMICILE[134]

Aux Pays-Bas, Wemos a constaté qu'embaucher du personnel bon marché venant des pays européens, ou même d'autres continents, était une option avantageuse que ce soit pour les soins à domicile prodigués par les municipalités ou pour les soins privés (24h/24) à domicile. Plusieurs organisations de la société civile et des syndicats cherchent à établir une collaboration entre les agences de recrutement, l'inspection néerlandaise, le ministère de la Santé, le ministère des Affaires sociales et de l'emploi, les municipalités et d'autres syndicats, afin d'assurer un recrutement équitable et des droits pour les travailleurs internationaux de la santé.

5. LE CODE DE PRATIQUE DE L'OMS : INÉVITABLEMENT INSUFFISANT

Lors de l'Assemblée mondiale de la santé de 2013, lorsque l'application du Code a été analysée pour la première fois, un directeur général adjoint de l'OMS a reconnu que la progression a été « douloureusement lente »[89]. Bien que la lenteur de la progression de la mise en œuvre soit un sujet de préoccupation, il est important de souligner que le Code présente des lacunes catastrophiques en ce qui concerne un aspect très important. Le Code fournit en effet des lignes directrices sur le recrutement éthique, les droits des travailleurs de la santé et le renforcement des systèmes de santé. Il y manque toutefois un élément évident : celui de la compensation financière[90]. Lors de l'élaboration du Code en 2010, le langage a été dilué pour le rendre acceptable pour tous les États membres de l'OMS (y compris les pays les plus puissants du Nord qui profitent de la migration des travailleurs de la santé). En conséquence, la mention de compensation aux pays d'origine pour les frais engagés pour la formation des travailleurs de la santé migrants a été supprimée. Il est temps de repolitiser la discussion et de développer des instruments beaucoup plus forts pour faire face à l'investissement perdu par les pays en raison de la migration externe.

L'absence de travailleurs de la santé en Sierra Leone et au Liberia en raison de la migration internationale a constitué l'un des facteurs clés ayant empêché les autorités de la santé publique de réagir efficacement à l'épidémie d'Ebola. Cependant, les pays africains n'ont pas été en mesure d'utiliser le Code comme outil de négociation diplomatique pour poursuivre leurs propres intérêts politiques en matière de santé, alors que les pays du Nord semblent préférer utiliser l'aide au développement plutôt que des accords bilatéraux pour résoudre les problèmes liés au personnel de santé. Il semblerait que ces intérêts africains ne sont pas pris au sérieux par la communauté mondiale de la santé, y compris par la plupart des pays « donateurs » du Nord. En effet, les promesses et les engagements pris en matière de renforcement du financement des systèmes de santé n'ont pas été remplis au cours des dernières années[91].

La possibilité d'octroyer une indemnisation, par exemple en rapatriant les impôts payés par le personnel médical « importé » dans les pays d'origine, doit être explorée et remise à l'ordre du jour. Ces mesures doivent être complétées par des stratégies permettant une amélioration considérable de la disponibilité des ressources attribuées au financement des services de santé dans les pays à revenu faible et intermédiaire.

La création d'un Fonds mondial de ressources en santé a fait l'objet d'une proposition politique. Cette dernière ferait essentiellement usage d'une structure tarifaire dynamique qui obligerait les pays à revenu élevé et les acteurs du secteur privé engagés dans le recrutement du personnel médical dans les pays pauvres en ressources à contribuer aux fonds destinés au renforcement des systèmes de santé et à l'emploi dans le secteur public. Ce fonds s'appuierait sur les efforts existants d'une plate-forme de financement des systèmes de santé mise en place par l'OMS, la Banque mondiale, le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme et l'Alliance GAVI, un partenariat public-privé sur les questions d'immunisation et de vaccination[92]. Cette proposition est bien en ligne avec les suggestions actuelles pour un fonds international pour les systèmes de santé[93] et avec la résolution de la session extraordinaire du Conseil exécutif de l'OMS sur le virus Ebola en janvier 2015, qui a appelé à *« la mise en place d'une plus vaste réserve de main-d'œuvre pour la santé publique mondiale »*[94].

6. QUI EST CONSIDÉRÉ COMME PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ ?

Passons maintenant à un point d'ombre de la crise du personnel médical. Le Rapport mondial sur la santé 2006 concède que les données disponibles sur le nombre de professionnels de la santé sont généralement limitées aux personnes engagées dans des activités rémunérées. Il classe les professionnels de la santé en deux types : les « prestataires de services de santé » et les « assistants et gestionnaires des soins de santé ». Ainsi, seuls les médecins, les infirmières et les sages-femmes sont comptés en tant que prestataires de services professionnels. Lorsque l'OMS parle de pénurie de personnel de santé, il fait surtout référence à ces catégories professionnelles.

Les agents de santé communautaire (ASC) constituent, dans de nombreux pays, un élément crucial d'un système de santé axé sur les personnes, mais ne sont généralement pas considérés comme faisant partie du personnel médical. En dépit des succès locaux, l'acceptation des gouvernements d'intégrer les ASC dans des programmes nationaux durables avec une rémunération et une éducation adéquates est restée limitée. Les solutions proposées, telles que la récente campagne « One million community health workers » doivent être soigneusement évaluées[95].

Cette initiative propose le déploiement de professionnels de santé équipés d'outils de diagnostic "high tech" aux points d'intervention, qui communiqueraient avec des superviseurs nationaux via un accès à haut débit et des smartphones, qui

dispenseraient des soins standardisés basés sur un approvisionnement régulier en médicaments vitaux et des protocoles de traitement faciles à observer, et qui seraient formés lors de cours intensifs de courte durée. Les questions évidentes sont :

- Comment cela sera-t-il financé ? Et quels sont les plans d'intégration durable de ces agents de santé communautaires dans les systèmes de santé nationaux ? Comment éviter l'exploitation de cette main-d'œuvre « bon marché » ?
- Quelle sera la portée du travail de ces ASC ? Comment vont-ils être reliés aux communautés qu'ils sont censés servir ?
- Comment ces ASC vont-ils fonctionner de manière optimale sans un renforcement substantiel des systèmes de santé nationaux ?

7. LE PERSONNEL DE SANTÉ À L'ÈRE DU DÉVELOPPEMENT DURABLE

Les nouveaux objectifs de développement durable (ODD) comprennent comme cible 3 c. « Augmenter considérablement le financement de la santé [et] du personnel médical dans les pays en développement». Le projet Workforce 2030 utilise un nouvel indicateur de référence, nommé "méthode composite SDG". Il estime que 4,45 professionnels de la santé pour 1000 individus sont nécessaires pour atteindre les cibles de santé de l'Agenda 2030. Cela équivaut à un déficit global total de 17,6 millions de travailleurs de la santé en 2030 par rapport à l'offre actuelle, avec un déficit prévu de 13,6 millions de professionnels de la santé dans les seuls pays à revenu faible et intermédiaire[96]. Les écarts les plus importants sont constatés dans les zones rurales. Bien qu'actuellement environ la moitié de la population mondiale vit en zone rurale, seuls 23 % de la main-d'œuvre mondiale de la santé y est employée. Selon les estimations, il manque 7,1 millions d'emplois dans le secteur de la santé des zones rurales sur un total de 10,3 millions de travailleurs manquants[97].

CAS

ESPACE POLITIQUE NATIONAL POUR LE DÉVELOPPEMENT DE LA MAIN D'ŒUVRE EN SANTÉ : LES EXEMPLES THAÏLANDAIS ET ÉTHIOPIEN[135]

La Thaïlande a une expérience de quatre décennies en matière de stratégies pour résoudre la répartition inéquitable des ressources humaine en santé (RHS) entre les zones urbaines et rurales. Il y a 4 composantes principales dans ces stratégies. (1) Le développement d'infrastructures en santé rurale. (2) Des stratégies éducatives en ce compris le recrutement rural, la formation et le placement dans sa ville natale. (3) Des stratégies de changement professionnel telles que la formation des capacités en soins médicaux de base pour le personnel de santé en milieu rural. (4)Des stratégies financières comme un service public obligatoire, des incitations à travailler dans les services ruraux, récupération des frais de scolarité par les travaux publics en milieu rural, la réforme du système de financement des soins de santé vers une couverture de santé universelle (CSU).

Depuis 2003, le gouvernement de l'Ethiopie a déployé de nouveaux cadres travailleurs de santé communautaire, spécialement formés, et nommés travailleurs en extension de la santé (TES). Cette initiative a été appelée le programme d'extension de la santé et est également connu sous le nom *«HRH flooding strategy»* (litt. Stratégie en inondation de RHS). Les TES ont largement contribué à l'amélioration de l'utilisation par les femmes de la planification familiale, des soins prénataux et du dépistage du VIH/Sida. Les TES peuvent être moins compétents pour assister les naissances. Le gouvernement éthiopien élabore des stratégies pour appuyer les efforts des TES dans l'identification des mères à risque, leur préparation à la naissance et pour améliorer leur orientation vers les centres de santé où des sages-femmes et de meilleures installations sont disponibles.

Le projet Workforce 2030 est une base solide pour l'intégration du développement du personnel de la santé dans le développement médical et socio-économique plus large. *« Le projet Workforce 2030 souligne le fait que l'investissement dans la main-d'œuvre offre un triple rendement : des avantages sociaux et économiques, de meilleurs résultats sanitaires et une première ligne de défense robuste pour la sécurité sanitaire mondiale »* (Par.9)[98].

Cependant, cette stratégie repose sur l'hypothèse d'une croissance économique (forte) dans les pays à revenu faible et intermédiaire pour financer les déficits en main-d'œuvre. La facture globale des salaires supplémentaires nécessaires pour élargir la main-d'œuvre dans les pays à revenu faible et intermédiaire est considérable. La question importante est : qui va la financer ? Les recettes intérieures suffisent-elles ou la responsabilité sera-t-elle partagée, avec également un cadre financier international ?

Le projet Workforce 2030 plaide pour l'intervention du secteur public pour *« restructurer l'insuffisance du nombre de professionnels de la santé et leur déploiement inéquitable »* et pour que les investissements publics en RHS soient soutenus par les *« politiques macro-économiques appropriées » tout en assurant un « espace budgétaire suffisant »* (par.38). Le paragraphe suivant mentionne la *« croissance attendue dans les marchés du travail en santé comme un moyen de créer des emplois qualifiés »* (Par.39)[99].

Le point crucial est que le modèle macro-économique qui prévaut (le « Consensus de Washington ») a engendré une contraction de la fiscalité, des mesures d'austérité à travers le monde, la privatisation des services, la libéralisation du commerce et des capitaux, la dérégulation des marchés du travail, etc[100].

C'est une erreur et mythe de croire qu'un tel modèle économique monétariste et que le « marché du travail » en lui-même permettra de surmonter les déficits en main-d'œuvre, et d'améliorer les résultats de santé[101]. La privatisation des services d'éducation et de santé va en effet créer des emplois médicaux professionnels hautement qualifiés, mais ceux-ci ne seront accessibles qu'à ceux qui peuvent se les payer (par exemple via les programmes d'assurance maladie). Cette approche mettra en danger l'équité en santé, car elle stimulera davantage la mobilité (globale) de la main-d'œuvre médicale qualifiée tandis que le financement public limité et la philanthropie devront couvrir d'autres fonctions de la santé publique, ainsi que le déploiement d'agents de santé communautaire (ASC) moins qualifiés dans les quartiers pauvres et les zones rurales.

Les ASC sont essentiels pour des services de santé intégrés et centrés sur la personne, mais le scénario ci-dessus engendre des systèmes parallèles : l'accès à un professionnel médical qualifié pour ceux qui peuvent se le permettre, les services de moindre qualité pour ceux qui comptent sur la couverture santé minimale.

8. LA VOIE À SUIVRE

La bonne nouvelle, c'est que si nous osons les imaginer et les essayer, il existe des voies alternatives. S'il existe un conseil clé à donner au projet Workforce 2030 et aux acteurs y travaillant, c'est celui de minimiser l'importance du rôle instrumentiste, utilitaire du personnel médical sur les marchés du travail et de la croissance économique, et de plutôt mettre l'accent sur la valeur intrinsèque d'une main-d'œuvre compétente pour améliorer les résultats et réduire les inégalités en matière de santé. L'inspiration peut être recherchée auprès de ceux qui tentent déjà de transformer la performance économique et les politiques, et qui les considèrent comme un moyen d'atteindre des résultats sociaux et médicaux, plutôt qu'un but en soi[102]. Dans ce scénario, le projet Workforce 2030 ne serait pas

Photo : Solidarité Socialiste
Mutuelle de santé au Burkina Faso

simplement un programme technique ou un chemin conduisant à une autre initiative de santé mondiale. Il pourrait faire partie d'un projet social et politique plus large[103]. Ensuite, le projet Workforce 2030 pourrait contribuer à transformer le paradigme de la santé mondiale actuelle.

Alors que l'expansion des écoles de médecine dans les établissements du secteur public a stagné dans la plupart des pays africains — à quelques exceptions près comme l'Éthiopie — on a pu observer, au cours de la dernière décennie, une croissance rapide des écoles de médecine privées. Une étude sur les écoles de médecine en Afrique subsaharienne a révélé 168 écoles de médecine dont 33 avaient été créées au cours de la décennie précédente. À cette époque, environ 26 % des écoles de médecine en Afrique subsaharienne étaient des écoles privées[104]. Les premières écoles privées ont ouvert dans les années 1990 et leur nombre ne cesse de croître, mais les rapports suggèrent que plusieurs d'entre elles sont de qualité douteuse. La poursuite de la privatisation de l'enseignement médical doit être analysée en vue d'évaluer les voies et l'impact sur l'équité en santé.

La gouvernance de la migration des professionnels de la santé est devenue plus complexe au fil des ans, car elle est à présent au centre des initiatives et de débats politiques mondiaux plus larges.

Comme le souligne Catherine Vaillancourt-Laflamme, du département du travail décent transfrontalier de l'OIT, *« la migration des professionnels de la santé est à la jonction du droit à la mobilité, du droit à la santé et du droit à un travail décent. Il convient de trouver un compromis acceptable entre les droits et les obligations des travailleurs migrants, des employeurs et des gouvernements fondés sur les résultats des recherches avisées »*[105].

Il faut explorer une coordination de la politique publique plus large en matière de migration des professionnels de la santé. Cela inclurait, entre autres, une cohérence des politiques avec le cadre multilatéral de l'OIT sur la migration du travail. Il est également nécessaire d'intégrer le problème de la migration des professionnels de la santé au programme de développement post-2015, et au débat sur le rôle des accords de commerce dans la recherche pour le développement.

6. PRIVATISATION DU FINANCEMENT DE LA SANTÉ

1. 30 ANS DE PRIVATISATION DU FINANCEMENT DE LA SANTÉ

Une des réformes qui ont le plus marqué les systèmes de santé dans les pays en développement (PED) au cours des dernières décennies est l'introduction du paiement direct à l'acte par l'usager dans les services publics de santé. Les paiements directs sont les dépenses supportées directement par le patient, c'est-à-dire les dépenses que l'usager des services doit payer pour accéder aux soins au point de service, sans possibilité formelle d'échelonnement de paiement ou de possibilité de remboursement a posteriori. En ce sens, c'est un financement privé auquel le patient doit faire face individuellement. Plus ce paiement est important en proportion du coût des soins, moins il existe de mutualisation des coûts des soins de santé, et plus le risque financier auquel font face les patients est important.

Certes, ce type de paiement a toujours existé, mais sa part dans le financement global des systèmes de santé est restée, jusqu'au début des années 1990, marginale dans les PED. Seuls le secteur privé lucratif – encore embryonnaire à l'époque et exclusivement urbain – et le réseau de prestataires confessionnels – dans une proportion très marginale – chargeaient des frais aux patients. Ce qui change réellement à partir de la fin des années 1980, comme l'affirmait déjà Gilson en 1997[106], c'est la place que ce type de financement privé occupe dans la structure globale du financement des systèmes de santé dans les PED, et plus particulièrement dans le financement des services publics de santé qui étaient restés, jusque-là, officiellement gratuits pour les usagers.

En effet, face à une crise de la dette sans précédent, la grande majorité des gouvernements des PED s'est vue imposer la mise en place de réformes économiques consistant principalement à libéraliser leur marché intérieur, à limiter la dépense publique et à développer une politique fiscale favorable à la croissance économique. C'est à cette occasion que la Banque mondiale s'engage pour la première fois dans les discussions sur l'organisation des systèmes de santé dans les PED, en publiant notamment, en 1987, un rapport sur le financement de la santé[107]. Y est proposé un agenda de réformes afin de permettre aux États de mettre en œuvre les politiques d'austérité exigées par leurs créanciers.

La principale proposition est la suivante : compenser la baisse des financements publics dans le secteur sanitaire par le financement direct par le patient au point de service, c'est-à-dire l'introduction des *user fees*. La théorie de changement développée par les auteurs de ce rapport est claire : demander aux usagers solvables de payer pour des soins de santé jusque-là gratuits dans les services publics devrait permettre de générer les ressources nécessaires à compenser la baisse des financements publics, de réduire les consommations abusives induites par la gratuité des soins, et de mieux cibler les ressources allouées par l'État vers les populations indigentes, améliorant en ce sens la performance et l'équité des financements publics. C'est en tout cas les promesses de succès si cet agenda de réformes est mis en place.

Les décideurs politiques de l'époque prirent rapidement conscience qu'ils ne pouvaient plus assumer la provision de soins de santé gratuits sur financement public. Ils devaient trouver une alternative pour financer le secteur de la santé. Pour nombre d'acteurs, il n'existait pas d'alternative possible : l'agenda de réformes proposé par la Banque a donc été appliqué dans la vaste majorité des PED. Par la suite, la Banque mondiale publiera deux autres rapports dans les années 1990 pour pousser cet agenda de réformes alors qu'elle devient un acteur incontournable du secteur de la santé[108].

2. UNE CRITIQUE DE PLUS EN PLUS FORTE

Rapidement, des voix s'élèvent pour critiquer l'introduction des *user fees*. En 2000, Margareth Whitehead qualifiera cette composante de la stratégie Banque mondiale comme une forme de *« privatisation du financement des services publics »*[109] qui, selon elle, a deux conséquences dramatiques :

1. elle crée un incitatif au développement du secteur privé, notamment du fait de la pratique double du personnel soignant public qui, pour la grande majorité, se mit à ouvrir des cabinets privés de consultation hors de tout contrôle de l'État, afin de capter, en partie du moins, la manne financière que représente le paiement direct.

2. Ensuite, un tel mode de paiement créait un piège de pauvreté induit par la médecine – *the Medical Poverty Trap* en anglais – qui provoque, par ricochet, une augmentation de la morbidité non-traitée, un accès réduit aux soins de santé notamment pour les plus démunis, un appauvrissement de long-terme pour ceux qui ont des difficultés à assumer le coût de leurs soins, et un usage de plus en plus irrationnel des médicaments, achetés sur un marché florissant de petites pharmacies privées ou sur les stands de marché.

Néanmoins, à l'aube du nouveau millénaire, le paiement direct par l'usager a encore la peau dure. S'en suit une décennie au cours de laquelle va se construire – progressivement – un corpus de connaissances démontrant les effets négatifs de cette privatisation du financement de la santé. Preuves que synthétise Robert Yates, expert senior en économie de la santé, en 2009 dans le *Lancet* en ces mots : *« Une analyse détaillée des résultats de la recherche montre que le paiement direct par les usagers avait échoué sur l'ensemble des promesses de succès contenu dans l'agenda de réformes de 1987 »*[110].

En 2014, les experts de la Banque mondiale acceptent ce constat accablant, tout comme une vaste majorité des acteurs de la santé mondiale[111]. La reconnaissance de cet échec atteint son apogée le 3 avril 2014 quand le directeur exécutif de la Banque mondiale, Jim Yong Kim, déclare au journal *The Guardian* : *« Il y a maintenant suffisamment de preuves probantes qui montrent que le paiement direct par l'usager a en réalité empiré les résultats en matière de santé. Cela ne fait plus de doute. Alors, est-ce que la Banque s'est trompée auparavant ? Oui. Je pense que la Banque a été idéologique »*.

3. UNE NORME SUR LA PART DU FINANCEMENT DIRECT DANS LE FINANCEMENT TOTAL DE LA SANTÉ ?

Au cours des années 2000, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a établi une norme sur la base des différentes analyses menées sur les données de routine collectées auprès des différents pays membres[114] : s'il représente une part relative supérieure à 15% du financement total de la santé, le paiement direct devient problématique. En effet, le risque de faire face à une dépense catastrophique en santé – c'est-à-dire pour le ménage de devoir assumer une dépense de santé représentant une part conséquente de ses moyens (entre 20% et 40% du budget total du ménage) – devient nettement plus prononcé au-delà de ce seuil.

ZOOM

LA SITUATION EN BELGIQUE

Grâce à l'assurance obligatoire soins de santé, chacun(e) a droit au remboursement, en tout ou en partie, par sa mutualité de nombreuses prestations de santé effectuées par des médecins, dentistes, kinésithérapeutes, infirmier(ère)s,... La liste de toutes les prestations de santé remboursées est appelée "nomenclature des prestations de santé". Le montant que le patient doit payer lui-même, après le remboursement par la mutualité, est le ticket modérateur ou quote-part personnelle[112]. Certaines catégories de patients bénéficient , à certaines conditions, d'un meilleur remboursement de l'assurance pour leurs frais médicaux. C'est ce qu'on appelle l'intervention majorée. La quote-part personnelle que ces patients paient pour des soins médicaux est donc moins élevée. Le système du tiers payant est d'application lorsque les soins sont coûteux. Il permet au patient de ne pas devoir avancer la totalité du montant de certaines prestations et concerne principalement les factures d'hôpital, les médicaments, les soins infirmiers à domicile, la kinésithérapie, les soins en maison de repos, etc. Ainsi, 85% des prestations de santé sont facturées en tiers-payant à l'heure actuelle.

ZOOM

DES DÉPENSES DE SANTÉ ET DES QUOTES-PARTS PERSONNELLES CATASTROPHIQUES[115]

Quand les personnes doivent payer des frais ou des tickets modérateurs pour les soins de santé, le montant peut être si élevé par rapport à leur revenu qu'il en résulte une « catastrophe financière » pour l'individu ou le ménage. L'OMS a proposé que les dépenses de santé soient considérées comme catastrophiques chaque fois qu'elles sont supérieures ou égales à 40% du revenu de non-subsistance d'un ménage, à savoir le revenu disponible après avoir satisfait les besoins de base. Une dépense aussi élevée peut laisser supposer que les personnes voient se réduire leurs accès à des biens de première nécessité, comme la nourriture et les vêtements, ou sont incapables de payer l'éducation de leurs enfants. Chaque année, environ 44 millions de foyers, soit plus de 150 millions de personnes dans le monde, font face à des dépenses catastrophiques, et environ 25 millions de foyers ou plus de 100 millions d'individus se retrouvent dans une situation de pauvreté, car ils doivent payer pour ces services. En outre, l'impact de paiements directs par l'usager des soins de santé s'étend au-delà des seules dépenses catastrophiques. De nombreuses personnes peuvent décider de ne pas faire appel aux services, tout simplement parce qu'elles ne peuvent pas se permettre soit les coûts directs, tels que les consultations, les médicaments et les tests en laboratoire, soit les coûts indirects, tels que le transport et la nourriture spéciale. Les ménages pauvres sont susceptibles de sombrer encore plus dans la pauvreté en raison des effets néfastes de la maladie sur leurs revenus et sur leur bien-être général. L'une des préoccupations des décideurs politiques doit être de protéger la population contre une catastrophe financière et contre un appauvrissement engendré par l'utilisation des services de soins de santé.

4. LES PAIEMENTS DIRECTS PAR LE PATIENT ONT LA PEAU DURE

Face à cette avalanche de preuves, combinée à cette recommandation de l'OMS, il est clair qu'il existe un argumentaire fort pour réduire la part des dépenses privées directes dans le financement de la santé. Qu'en est-il en réalité ?

Une analyse détaillée de l'évolution de la part des paiements directs est nécessaire pour comprendre comment le paiement direct a évolué au cours des 15 dernières années.

Source : Global Health Observatory, WHO

Le graphique ci-dessus représente la structure du financement de la santé dans chaque région OMS en 2000 et en 2013, en séparant le financement public et le financement privé, ce dernier étant subdivisé en paiement direct par le patient (*« out of the pocket »* ou OOP) et autres financements privés. En ce qui concerne le financement OOP, cela met en lumière trois aspects.

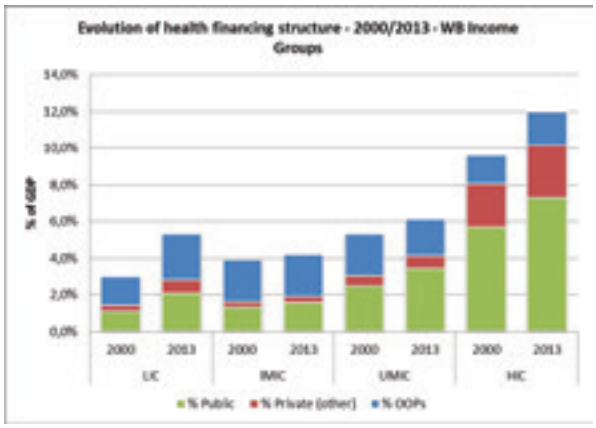
D'abord, malgré l'abondance de preuves sur les effets négatifs du paiement direct, cette modalité de financement reste importante dans le financement de la santé, voire majoritaire dans certaines parties du monde. Le patient reste responsable du financement de ses soins à des niveaux bien au-delà des recommandations de l'OMS. Dans certaines régions – en Asie du sud-est, dans la région Méditerranéenne orientale, ou encore en Afrique – la part des OOP oscille entre près d'un tiers et plus de la moitié du financement total du secteur de la santé.

Ensuite, même si on observe une tendance générale à la diminution de la part des OOP, cette baisse a une amplitude faible. Et lorsque les OOP reculent de façon importante, comme en Asie du Sud-Est, le patient doit encore payer plus de la moitié du coût de ses soins directement sur ses propres ressources.

Enfin, peu de pays appliquent la norme de 15% de l'OMS. Seuls les pays d'Europe et d'Amérique

ont des niveaux de financement direct relativement faible. Néanmoins, dans ces deux situations, il faut faire attention au triomphalisme excessif. En Europe, la part du financement générée par les paiements directs est en hausse continue et régulière entre 2000 et 2013. Petit à petit, l'Europe va à l'encontre des recommandations internationales en matière de paiement direct. Nombre de pays, certains plus rapidement que d'autres du fait des politiques d'austérité imposées, sont en train de détricoter leur système de financement solidaire du secteur de la santé et, ce faisant, augmentent la pression financière sur le patient. En Amérique, l'implication plus forte des États est indéniable depuis les années 2000, notamment dans la zone Amérique latine. Des pays comme le Brésil ou encore le Mexique ont mis en place des politiques sociales de grande ampleur, dont l'objectif est de réduire le risque financier auquel fait face le patient, notamment pour les catégories sociales les plus démunies. La mise en place de ces nouvelles politiques sociales s'est accompagnée d'une augmentation de dépenses publiques en santé, de 4,9% à 6,7% du PIB. Mais, paradoxalement, les dépenses privées ont également augmenté, passant de 6,1% à 6,9% du PIB. L'augmentation des dépenses publiques a permis de maintenir le niveau des OOP à un niveau relatif équivalent à celui de 2000, mais la montée en puissance des assurances privées, qui pèsent 4,8% du PIB en 2013, reste préoccupante. Ces dernières, même si elles permettent une meilleure protection pour ceux qui en bénéficient, excluent des parties importantes de la population et ne garantissent donc pas, au niveau d'une population, une réelle baisse du risque financier.

L'analyse du même indicateur, cette fois-ci en groupant les pays par niveau de revenu, permet de mettre en lumière d'autres tendances intéressantes.



Encore une fois, la tendance à la baisse est confirmée, mais dans des proportions moindres que ce que le discours sur le paiement direct laissait présager.

Cette nouvelle catégorisation permet aussi de montrer trois situations clairement différentes :

- D'abord, les OOP sont clairement un fléau des pays à faible revenu et à revenu moyen faible. Dans ces deux catégories de pays, la part des OOP a augmenté au cours de la dernière décennie de manière significative, et ce malgré l'aide internationale en santé qui a augmenté au cours des 15 dernières années, notamment sous l'impulsion des Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD).

- Pour les pays à revenus moyens supérieurs, la part des OOP est en baisse. Il semble que, lorsqu'un pays atteint ce niveau de revenu, un processus politique s'enclenche qui aboutit à un plus grand investissement public en santé, et notamment à travers l'expansion de la protection sociale en santé au profit des catégories de population non protégées précédemment, notamment les travailleurs du secteur informel. Le Brésil, le Mexique, mais également la Thaïlande ou encore la Chine sont autant d'exemples de pays qui ont expérimenté ce processus. Mais attention, il n'existe rien d'automatique : certains pays de cette catégorie n'ont pas connu de telles transformations.

- Enfin, pour les pays à revenus élevés, on constate une augmentation significative non seulement du poids de la santé dans le PIB, mais également de la part financée directement par le patient.

En ce qui concerne les PED, un fait est indéniable : le changement de structure du financement de la santé est extrêmement lent, malgré le discours général qui condamne le paiement direct. Cela illustre à quel point il est difficile de sortir d'un processus enclenché il y a 30 ans. Il existe une réelle dépendance aux choix faits dans les années 1980, et le paiement direct continue donc à avoir des conséquences dramatiques pour nombre de familles à travers le monde.

5. QUELLES CONSÉQUENCES DE CETTE PRIVATISATION DU FINANCEMENT DE LA SANTÉ DANS LES PED?

Les conséquences du maintien du paiement direct comme mode de financement majoritaire dans nombre de PED sont nombreuses. La barrière financière est venue s'ajouter aux autres barrières à l'accès aux soins, avec trois conséquences importantes au niveau des individus :

- D'abord, elle a été la cause d'un nombre croissant de renoncement aux soins de santé, puisqu'on estime aujourd'hui que près d'un milliard de personnes renoncent chaque année aux soins pour des raisons financières, principalement dans les PED.

- Ensuite, cette privatisation du financement de la santé oblige chaque année plus de 150 millions de ménages à faire face à des dépenses catastrophiques en santé, dont plus de 100 millions résident dans les PED.

- Enfin, on estime à près de 100 millions le nombre de ménages qui, s'ils avaient eu une alternative pour financer leurs soins de santé, ne seraient pas tombés sous le seuil de pauvreté.

  En d'autres termes, le paiement direct des soins de santé par les ménages pousse près de 100 millions de ménages dans la pauvreté chaque année.

Dans les PED, les ménages ont progressivement développé des stratégies pour faire face à ces paiements directs. Quand l'argent n'est pas directement disponible, les ménages vendent leurs actifs productifs comme la terre ou encore les outils, pré-vendent leurs récoltes ou le fruit de leur travail à prix sacrifiés, empruntent à la famille ou à des amis quand cela est possible, ou se tournent vers des prêteurs privés qui pratiquent des taux d'usure scandaleux, pouvant atteindre jusqu'à 100% du montant emprunté… Autant de stratégies d'adaptation qui, à moyen terme, constituent un danger pour le bien-être et la stabilité économique du ménage[117].

Les conséquences ont été particulièrement dramatiques pour les ménages en situation de vulnérabilité, notamment économique. En d'autres termes, ce que Margareth Whitehead appelait le piège de pauvreté lié à la santé se referme chaque année sur nombre de ménages, principalement pauvres.

ZOOM

EN BELGIQUE

Avec ses 22 % de financement privé de la santé, la Belgique se situe au-dessus de la moyenne de l'UE15[118] (20,6 %). La part privée du financement est restée stable ces dix dernières années et cela, malgré le fait que la dépense totale a crû au cours de cette même période.

Par contre, certains soins essentiels comme les soins dentaires, les lunettes, les appareils auditifs, certains médicaments ou encore les psychothérapies restent aujourd'hui faiblement remboursés. De plus, au niveau des prestataires, le développement des suppléments d'honoraires induit une médecine duale : certains spécialistes n'acceptent plus de soigner au tarif conventionné, ils ne sont accessibles que moyennant paiement de suppléments. D'une catégorie de soins à l'autre, les parts respectives couvertes par les assurances sociales et la part à charge des patients dans le financement sont donc très variables.

Jusqu'à présent, le secteur de la santé en Belgique a été préservé de la commercialisation. Plus de 78 % des soins de santé y sont financés par la collectivité. Mais les enjeux sont devant nous. Si les besoins vont en augmentant (vieillissement de la population, augmentation des maladies chroniques, etc.), les ressources publiques tendent à diminuer (assainissement des finances publiques, réforme institutionnelle). On observe notamment le développement d'assurances privées, principalement pour les soins hospitaliers et les frais dentaires. Le sous-financement dans certains secteurs favorise le développement de pratiques marchandes ou le cofinancement public-privé. Ce mécanisme est particulièrement visible dans le secteur des maisons de repos qui sont clairement visées par les opérateurs privés.

Le faible taux de croissance des dépenses de santé autorisé jusqu'en 2019 risque d'augmenter la pression sur le budget des soins de santé en difficulté, créant ainsi un incitatif vers une plus grande privatisation de l'offre de soins.

6. VERS LA SORTIE DES OUT-OF-THE-POCKET ?

Dans le discours, il y a une réelle volonté de sortir de l'ère du paiement direct dans nombre de PED. La prise de conscience s'est traduite en actions, qu'elles soient publiques ou privées, se focalisant notamment sur certains groupes vulnérables.

Plusieurs instruments en matière de financement de la santé ont été testés : exemption partielle ou totale des paiements directs dans le secteur public pour certains services et/ou certaines catégories de patients, subventionnement des cotisations d'assurance maladie, mise en place de fonds d'équité pour garantir l'accès des plus pauvres aux services de santé, distribution/vente subventionnée de coupons « maternité » (*vouchers*) qui permettent aux femmes enceintes d'avoir accès aux soins maternels à un prix fortement subventionné, stratégies nationales de mise en place de mutuelles de santé communautaire qui facilitent l'organisation des communautés pour faire face au risque maladie, contractualisation des prestataires de soins (*contracting in/out*) avec comme critère d'évaluation l'accès aux services de santé, etc. La liste des mécanismes de financement testés est longue, et beaucoup sont encore en phase de passage à l'échelle.

Il est difficile de tirer des conclusions transversales valides pour l'ensemble de ces initiatives. Néanmoins, l'analyse détaillée des résultats de ces mécanismes de financement montre que les résultats sont en-deçà des attentes, notamment en termes d'équité[119].

CAS

PRIVATISATION DE L'OFFRE DE SOINS EN BELGIQUE

Le secteur du non-marchand est très développé dans notre pays par rapport à d'autres comme la France. Dans d'autres pays, on observe un basculement très fort vers des acteurs privés à but lucratif. Ainsi en Allemagne en 2013, 59 hôpitaux sont passés du caritatif vers le lucratif ! En Europe de l'est, on observe aussi le développement de multinationales de la santé.

Si les hôpitaux, publics comme privés, ont été financés de manière substantielle par des moyens publics (plus de 90 %), on observe une tendance à la réduction de l'engagement de l'Etat. La rentabilité économique s'introduit donc dans l'hôpital via des administrateurs indépendants dans les comités de gestion qui considèrent l'hôpital comme une entreprise avec des ratios financiers à respecter. Les services rentables seront dès lors privilégiés, la sous-traitance favorisée, afin d'essayer de maintenir l'équilibre. Un autre moyen pour accroître les rentrées financières consiste à attirer une clientèle étrangère fortunée. L'asbl Healthcare Belgium, fondée en 2007, regroupe les hôpitaux belges et plusieurs sociétés privées spécialisées dans les technologies médicales. Elle a notamment pour ambition de valoriser l'offre de soins de santé belges à l'étranger. Des accords sont signés avec certains pays du Golfe, le Kazakhstan, l'Azerbaïdjan et plus récemment avec la Russie.

Autre exemple de médecine duale : raccourcir les délais d'attente en proposant la consultation en cabinet privé moyennant paiement de supplément.

Dans les soins ambulatoires, on note aussi une augmentation du nombre de médecins non conventionnés dans certaines spécialités. En 2013, c'était le cas de 68 % des dermatologues, 59 % des chirurgiens plasticiens, 56 % des ophtalmologues et 51 % des gynécologues obstétriciens.

Le danger de la privatisation se situe plus dans l'ambulatoire que dans le secteur hospitalier car, d'une part, dans les hôpitaux, les suppléments d'honoraires sont maîtrisés depuis janvier 2013, en tout cas dans les chambres communes et à deux lits. Cela a d'ailleurs généré de grosses tensions avec les médecins, mais c'est une grande victoire pour l'accessibilité des soins. D'autre part, les assurances facultatives hospitalisation, dont disposent plus de 60% des Belges, couvrent surtout les frais hospitaliers.

Un problème demeure néanmoins, celui des énormes variations, entre hôpitaux, des suppléments liés aux chambres particulières (de 100 % du tarif Inami à 300-400 %) et du manque de lisibilité de ces tarifs. Cela crée une concurrence entre les hôpitaux pour attirer les médecins et une insécurité tarifaire pour les patients.

La plupart de ces initiatives se confrontent non seulement aux dysfonctionnements préexistants des systèmes de santé qu'ils n'ont pas la capacité de résorber, mais également aux structures sociales inégalitaires environnantes qui ne leur permettent pas, souvent, d'atteindre les personnes les plus vulnérables[120].

Il n'est pas rare, d'ailleurs, de voir les ressources mises à disposition pour ces politiques à visée sociale être captées par des groupes non-ciblés, souvent au détriment de groupes particulièrement vulnérables comme les femmes, ou encore les personnes illettrées. En résulte un faible niveau d'acceptation pour ces stratégies ciblées par la majorité des populations.

7. CONCLUSIONS

Aujourd'hui, au fur et à mesure que les preuves s'accumulent, tout laisse présager que ces nouvelles initiatives dans le champ du financement de la santé ne seront pas suffisantes pour atténuer, de manière significative, les conséquences du processus de privatisation du financement de la santé enclenché il y a 30 ans, notamment pour les personnes les plus vulnérables. Même si elles permettent de mobiliser des ressources pour cet objectif – elles sont en ce sens nécessaires - elles ne suffisent pas à enclencher les dynamiques transformatives permettant de progresser vers un système de santé plus équitable[121].

Pourtant, l'intégration de l'objectif de Couverture de santé universelle (CSU) dans les nouveaux objectifs fixés par les Nations unies à l'horizon 2030 – les Objectifs de développement durable (ODD) – crée une nouvelle fenêtre d'opportunité vers des systèmes de santé plus équitables. En termes de financement, les experts s'accordent sur deux grandes leçons des dernières années si un pays veut progresser rapidement vers cet objectif de CSU.

La mobilisation de ressources publiques supplémentaires semble être la voie la plus rapide pour progresser vers la couverture universelle[122], surtout si ces ressources publiques sont utilisées comme levier pour faciliter l'accès aux soins des personnes les plus vulnérables[123].

Mais cela n'est pas suffisant : il faut également un engagement fort de multiples acteurs, et notamment de la société civile, pour garantir que tout financement supplémentaire mobilisé soit collecté et distribué dans un souci constant d'équité, préalable indispensable pour entraîner les changements escomptés. L'équité ne sera à la base du contrat social que si elle rallie différents acteurs qui portent cette ambition.

Dans des pays où les inégalités se creusent rapidement, la présence de garants de l'équité comme principe central du système de santé est indispensable.

Il est clair que le défi de la transformation des systèmes de santé est loin d'être gagné, mais le jeu en vaut la chandelle car c'est ce combat qui peut inverser, de façon significative, le processus de privatisation du financement de la santé en cours dans la majorité des PED, et dont les premières victimes sont les personnes en situation de vulnérabilité. Il passe également par la lutte contre les processus de privatisation qui affectent les autres pans du système de santé, notamment celui de la prestation de services qui, de façon quasi automatique, entraîne une inflation forte des coûts de la santé, et a tendance à provoquer un biais curatif, c'est-à-dire des systèmes de santé trop médicalisés. À terme, cette privatisation de l'offre de soins risque donc de limiter, voire d'annihiler, les effets escomptés de toute mobilisation de ressources publiques additionnelles dans le secteur de la santé.

Photo : Chantal Hovens (FOS)
Peru EsSalud

CAS

LES MUTUELLES DE SANTÉ : ACTEURS DE CHANGEMENTS SOCIAUX

Au cours de la dernière décennie, plusieurs expériences de mise en place de mutuelles de santé ont été conduites dans les PED. Jetant les bases de systèmes de mutualisation du risque maladie, les mutuelles représentent une étape positive dans la mise en place progressive d'une couverture santé universelle dans ces pays et cela pour différentes raisons.

- Elles permettent d'atteindre et d'organiser les acteurs de l'économie informelle et du monde rural ;
- Elles ont une fonction de sensibilisation et d'émancipation des individus et des communautés ainsi que d'organisation de la société civile. Elles permettent à une population de devenir actrice de sa santé ;
- Au niveau local, l'interaction entre mutuelles de santé et prestataires de soins constitue une opportunité pour arriver à une définition plus consensuelle de ce qu'est la qualité des soins ;
- Elles ont un rôle de contre-pouvoir et de contrôle à jouer dans la gouvernance des systèmes de santé, et peuvent représenter les intérêts des usagers des services de santé dans la définition, la mise en œuvre et le contrôle des politiques de santé. Elles garantissent en effet que celles-ci restent connectées à la réalité de terrain et répondent aux besoins des patients. Leur participation à la concertation sociale peut aussi permettre de maîtriser les coûts des soins de santé et des médicaments.
- Elles sont également un gage de stabilité et de confiance d'un système d'assurance maladie obligatoire, parfois utile face à l'instabilité ou l'instrumentalisation politique de ce type d'instrument.
- Et par les différents rôles qu'elles assument, les mutuelles acquièrent progressivement une maîtrise en matière de gestion des risques maladie.

Cependant, les projets mutualistes développés dans le cadre de la coopération font face à de nombreux défis. Les expériences engagées ont montré qu'isolées, les mutuelles de santé telles que mises en œuvre n'ont pas la capacité de proposer une protection suffisante à leurs membres, devant bien souvent limiter, pour des soucis d'équilibre financier, la prise en charge financière proposée aux patients en fonction de leur capacité à cotiser. De plus, n'étant pas en mesure de rendre la cotisation obligatoire, elles ont du mal à enrôler une grande partie de la population qui n'a pas la culture de la prévoyance et qui face au choix cornélien entre santé et autres priorités de survie, opte souvent de ne pas devenir membre, non par choix mais par manque de moyens financiers pour cotiser. Enfin, techniquement, elles manquent cruellement de support pour assumer des fonctions pourtant essentielles dans l'expansion de la couverture universelle (sensibilisation, conception de produits d'assurance, gestion du risque, contractualisation des prestataires).

Mouvement social par excellence, le mouvement mutualiste peut donc contribuer significativement, de par ses fonctions, à la bonne gouvernance du système de santé. La capacité à représenter les intérêts de tous les usagers des services de santé – et non seulement de ses membres – est un enjeu essentiel.

De plus, du fait de l'expertise qu'elles ont développée en matière de gestion du risque maladie au cours de la dernière décennie, les mutuelles peuvent également se positionner en relais communautaire de l'État et jouer un rôle déterminant dans la gestion des différentes politiques de protection sociale en santé au niveau local.

Au niveau belge, des efforts importants sont fournis pour répondre à ces défis, avec notamment la mise en place d'une plate-forme des acteurs mutualistes. Les promoteurs de la plate-forme Masmut considèrent la marchandisation du social et la commercialisation des soins comme une menace permanente pour la santé des populations. Ils prônent l'intégration des mutuelles de santé dans la couverture universelle en tant que mécanisme social et solidaire d'amélioration de la santé et d'accès aux soins de santé de qualité.

CAS

MARCHÉ LIBRE POUR L'ASSURANCE MALADIE AUX PAYS-BAS

La crise économique de 2008 a changé l'approche basée sur la solidarité du modèle européen de sécurité sociale. Dans une tentative de mettre de l'ordre dans le budget, l'UE a ordonné une stratégie de libéralisation et de privatisation des services publics. En laissant le marché gérer le système de soins, les décideurs politiques souhaitent rendre les prestations de services plus efficaces et réduire les coûts, tant pour les pouvoirs publics que pour le patient. Aux Pays-Bas, cette stratégie est déjà appliquée depuis dix ans et les résultats sont tangibles : malgré les bonnes intentions, l'accès aux soins s'est dramatiquement détérioré.

En 2006, la caisse publique d'assurance maladie a été remplacée par un système concurrentiel d'assureurs maladie privés. Les mécanismes du marché entre les assureurs maladie et les prestataires de soins devaient faire en sorte que les médecins et les établissements travaillent plus à moindre coût, tandis que les mécanismes du marché entre les patients et les assureurs maladie devaient stimuler la concurrence entre ces derniers. Certaines règles ont été instaurées afin de protéger l'accès aux soins. Ainsi, la loi prévoit une formule de base ainsi qu'une obligation d'acceptation qui évitent que les personnes âgées et les malades ne se retrouvent exclus. Une allocation en matière de soins de santé a été instaurée en tant que correction sociale. Il s'agit d'une intervention forfaitaire calculée sur la base d'un certain seuil de ressources et qui a pour but de payer une partie des primes d'assurance aux assureurs privés.

1. DES PRIMES EN HAUSSE, UN ACCÈS AUX SOINS RÉDUIT

Dans le cas de nombreux traitements, la cotisation personnelle sous la forme d'une prime mensuelle a augmenté, et une franchise obligatoire a été instaurée en 2009. Le risque réside dans la partie des soins à payer par le patient. Lors de la première année, le montant s'élevait à 155 euros pour atteindre 375 euros[127] en 2015, ce qui représente une hausse de 142 % en six ans.

Les défenseurs de la réforme soulignent que les listes d'attente sont plus courtes. Cela peut néanmoins s'expliquer par le fait que les Néerlandais sont plus nombreux à reporter leurs soins en raison de leurs coûts élevés. Entre 2010 et 2013, le pourcentage de Néerlandais ayant déclaré avoir renoncé à une visite chez le médecin en raison de son coût est passé de 2 à 12 %[128]. La hausse des annulations par les patients d'un examen médical ou d'un traitement recommandé est similaire (passé de 3 % à 16 %)[129]. D'après une enquête réalisée par la *Landelijke Huisartsen Vereniging* (Association nationale des médecins généralistes), 94 % des médecins généralistes ont déclaré que des patients ne suivaient parfois pas leurs conseils en raison du coût, 70 % le constatent quotidiennement ou hebdomadairement. Une grande partie des soins de kinésithérapie, des soins dentaires, de nombreux types de soins psychologiques, et le remboursement de certains médicaments parfois plus coûteux ont en outre déjà été supprimés de la formule de base obligatoire et ne seront plus remboursés. Depuis 2012, le plafond pour l'allocation en matière de soins de santé baisse, et ce sont chaque année des centaines de milliers de Néerlandais qui perdent leur subvention malgré une hausse de la pauvreté[130].

2. MOINS DE GASPILLAGE ?

La commercialisation entraîne-t-elle moins de gaspillage ? Depuis 2011, les coûts totaux ont en effet augmenté moins qu'avant. La moyenne entre 2000 et 2013 était de 5,5 %, alors que l'augmentation en 2011,2012 et 2013 s'est trouvée limitée à respectivement 2,5 ; 4,3 et 2 %[131]. Selon les défenseurs de la réforme, la commercialisation serait en grande partie responsable de ce phénomène. C'est pourquoi les prix de différents actes ont diminué. Mais qui dit diminution des coûts ne dit pas forcément gain d'efficacité. Il y a en partie moins d'examens superflus, mais des soins indispensables sont également reportés, car le patient doit payer davantage de sa poche. Selon le *Zorgbalans 2014* (bilan régulier sur l'état des soins de santé aux Pays-Bas par l'Institut National pour la santé publique et l'environnement néerlandais), ce recul s'explique principalement par la récession économique et les restrictions budgétaires afférentes, tout comme par l'érosion de la formule de base.

Aux Pays-Bas, il apparaît que les assureurs maladie privés influencent de plus en plus le déroulement des soins de santé et qu'ils décident des soins que tel hôpital ou tel médecin peut prodiguer. Les médecins généralistes craignent que leur autonomie professionnelle soit menacée. Les assureurs maladie décident de plus en plus souvent des médicaments que le patient doit prendre ou du spécialiste chez lequel il doit se rendre.

La commercialisation devait entraîner une réduction des coûts, or le montant des primes s'est envolé en moins de 10 ans. Celles-ci sont passées d'en moyenne 1080 euros en 2006 à 1260 euros en 2014. La question est de savoir où va cet argent et s'il est véritablement consacré aux soins de santé. Chaque année, les assureurs maladie dépensent quelque 500 millions d'euros à la publicité. Les bénéfices annuels s'élèvent à plus d'un milliard d'euros. Au total, les assureurs maladie disposent de 9,3 milliards d'euros de réserve[132].

Un appel a été lancé pour mettre à nouveau en place une assurance de base publique. En mars 2015, un groupe de médecins généralistes a publié un manifeste qui, en l'espace de quelques semaines, a récolté les signatures d'environ deux tiers des médecins généralistes néerlandais actifs.

CAS

LA COUVERTURE SANTÉ UNIVERSELLE EN THAÏLANDE[133] : UNE PRATIQUE EFFICACE POUR FINANCER UN SYSTÈME DE SANTÉ MENACÉ ?

La Thaïlande a atteint la couverture santé universelle en 2002. Depuis lors, les Thaïlandais sont donc couverts par une assurance maladie qui leur garantit l'accès à un ensemble complet de soins de santé, dont l'accent est mis sur les soins de santé primaires. Le plus important facteur de contribution à ce succès fut l'introduction de la couverture santé universelle (CSU).

Un an après son lancement (en 2001), la CSU couvrait 47 millions de personnes : 75 % de la population totale. Ce chiffre inclut 18 millions de personnes non assurées auparavant. Les autres 25 % sont constitués d'employés au gouvernement, de retraités, de personnes à charge et d'employés du secteur privé. Ces groupes de population sont restés sous deux autres systèmes d'assurances maladie.

Outre son implémentation rapide, il est remarquable que la CSU ait été introduite peu après la crise financière asiatique. Le PIB par habitant avait chuté de 2700 $ en 1997 à 1900 $ en 2002. Cette introduction a également eu lieu contre l'avis de certains experts externes pour qui ce système n'était pas financièrement viable.

1. DES RÉSULTATS IMPRESSIONNANTS

Les résultats engendrés par la Couverture santé universelle sont impressionnants. Il existe un très faible niveau de besoins insatisfaits en matière de services de santé et le nombre de ménages non pauvres passant sous le seuil de pauvreté national en raison des frais de services de santé ou médicaux a diminué de 2,7 % en 2000 à 0,49 % en 2009. La mortalité infantile a diminué de 15 décès pour 1000 naissances en 2000 à 11 décès en 2010. Le taux de mortalité chez les enfants de moins de 5 ans a baissé de 18 à 13 décès pour 1000 au cours de la même période et le taux de mortalité maternelle est passé de 66 à 48 décès pour 100 000 naissances. Le taux de détection de la tuberculose s'est amélioré de 40 à 70 pour cent.

On a constaté une importante augmentation des dépenses gouvernementales pour les soins de santé et une forte diminution des frais directs par l'usager. Le gouvernement thaïlandais a explicitement mis la priorité sur le budget de la CSU. Le total des dépenses gouvernementales pour les soins de santé est toutefois resté autour de 4 % du PIB. Ce qui a permis, en combinaison avec une augmentation de la proportion du financement issu des impôts directs, d'éliminer le fossé riches-pauvres en matière de frais personnels. La CSU a également amélioré l'équité dans les subsides publics et les dépenses de santé générales ont été très progressives (pro pauvres).

2. DES DÉFIS À VENIR

D'importants défis subsistent. Même si jusqu'à aujourd'hui, le gouvernement thaïlandais a accordé la priorité au budget nécessaire à la CSU, son maintien futur reste un défi. Le financement des hôpitaux et du personnel médical a été considérablement réduit.

Il existe un processus de commercialisation continu dans la prestation de services de santé, qui engendre une couverture plus chère en raison de la partialité des soins prodigués par les prestataires de santé commerciaux.

Enfin, l'harmonisation entre les trois différents systèmes d'assurance maladie du pays reste un défi en raison de l'inégalité existante entre les ensembles de soins de santé couverts.

7. CONCLUSION GÉNÉRALE

A travers les différents aspects qui composent nos systèmes de santé, nous avons pu constater la manière dont les intérêts lucratifs d'acteurs privés mettent en danger le droit à la santé des populations, c'est-à-dire à la disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité et la qualité des systèmes de santé.

DISPONIBILITÉ

Une entreprise commerciale a pour premier objectif de faire des profits. Elle n'a pas l'obligation d'assurer des services ou traitement pour tous. Cette logique lucrative porte préjudice à la disponibilité des soins pour les populations non rentables (ex. zone rurale à faible densité de population) ou non solvables. Ce constat vaut autant pour les entreprises de services de santé que pour les entreprises pharmaceutiques. Développer un médicament pour une population non solvable n'est pas économiquement intéressant pour une entreprise pharmaceutique, sauf si elle reçoit un financement spécifique ou des revenus garantis par les Etats pour le faire. Or le manque de moyens publics disponibles pour les soins de santé ou la recherche de nouveaux traitements augmente la dépendance par rapport aux entreprises privées commerciales. Les programmes d'ajustement structurel imposés par les Institutions financières internationales (IFI) aux pays en développement dans les années '80 et '90 et aujourd'hui aux pays du Sud de l'Europe ont porté préjudice à la fois aux services publics de santé mais aussi à la formation et disponibilité de ressources humaines en santé. Dans les pays en développement, le personnel de santé formé préfère par ailleurs souvent les salaires et perspectives offerts par le secteur privé ou les meilleures offres de travail à l'étranger.

ACCESSIBILITÉ

Les programmes d'austérité imposés par les IFI mettent également à mal l'accessibilité financière et physique des soins. Pour compenser la réduction des dépenses publiques en santé, les paiements directs par l'usager (OOP - *Out of the pocket*) ont augmenté, entraînant de plus en plus de retardements des traitements et de dépenses catastrophiques en santé. Les assurances privées peuvent couvrir les risques mais s'avèrent également trop chères pour les populations les plus vulnérables. Elles ont par ailleurs tendance à exclure des patients qui ont des antécédents médicaux. Les systèmes de financement basés sur la solidarité comme l'assurance maladie portée par l'Etat et parfois par les mutuelles sont une solution mais doivent d'une part être encadrés et soutenus par l'Etat pour viser l'universalité, et doivent d'autre part être doublés de services publics de qualité afin de ne pas uniquement servir à rembourser des soins de santé privés de plus en plus chers, mettant ainsi la soutenabilité financière en danger.

Les PPP et les autres schémas destinés à attirer le capital des entreprises dans le secteur de la santé entraînent une diversion des moyens nécessaires à la mise en place de services de santé de base, sans aucune garantie que les services offerts dans ces institutions soient abordables pour les plus pauvres. La commercialisation des services, du recrutement et de la formation de personnel de santé et du financement mène à un système duel de soins de santé, dans lequel seuls les mieux lotis peuvent se permettre des soins de santé de qualité quand les pauvres n'ont accès qu'à des soins sous-financés, peu équipés et de faible qualité. La commercialisation des soins de santé laisse les populations rurales, excentrées, sans services de santé à proximité.

La politique commerciale de l'UE est également préjudiciable pour l'accès aux soins de santé et aux médicaments. Premièrement, l'UE essaye systématiquement d'introduire des mesures « TRIPS plus » dans ses accords commerciaux bilatéraux. Cette mesure renforce les droits de propriété intellectuelle (DPI), ce qui entraîne une prolongation des brevets et un retardement de l'accès aux médicaments génériques pour les populations des pays en développement. Par ailleurs, les mécanismes de protection des investissements contenus dans ces accords donnent le droit à des investisseurs de porter plainte contre des politiques de santé publique mises en place par les Etats.

ACCEPTABILITÉ

Le manque de régulation des fournisseurs privés de services mène souvent à des habitudes de prescription abusive, entraînant des traitements et médicaments superflus et donc des dépenses plus élevées pour les paiements directs par l'usager (OOP) et les assurances maladies (publique ou solidaire). Le prix des soins de santé commerciaux est souvent plus

élevé du fait des frais de marketing et de publicité nécessaires pour survivre à la concurrence. Via leur travail de lobby et les mécanismes de protection des investissements, les entreprises pharmaceutiques ont d'ailleurs souvent pour objectif de faire sauter les réglementations sur la publicité sur les médicaments.

QUALITÉ

Les politiques d'austérité budgétaires, les politiques commerciales, le vieillissement de la population entrainent une tendance à la privatisation du financement amenant une médecine à deux vitesses : des traitements rapides et de qualité, offert par du personnel qualifié pour ceux qui peuvent se le financer, des soins publics de moindre qualité et pour lesquels il faut attendre pour les plus pauvres. Par ailleurs, le manque de contrôle des Etats sur les entreprises pharmaceutiques parallèlement leur permet de faire breveter et donc de faire payer le prix fort, même pour des médicaments qui n'apportent pas de réelle innovation thérapeutique.

8. RECOMMANDATIONS

La santé ne peut donc être laissée dans les seules mains des entreprises commerciales en santé. Celles-ci poursuivent en effet avant tout un but lucratif et n'ont pas, comme les Etats, l'obligation d'assurer le droit à la santé des populations. Face à ce constat, l'implication des Etats et des organisations de la société civile représentatives et pertinentes est nécessaire afin de garantir une couverture de santé universelle et donc la disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité et la qualité des soins de santé et des médicaments.

A cette fin, les Etats doivent :

1) GARANTIR UN FINANCEMENT PUBLIC SUFFISANT DE LA SANTÉ :

- Garantir des services publics de santé de qualité et en suffisance, répartis de manière équitable sur le territoire ;
- Garantir un financement suffisant de la recherche médicale et pharmaceutique afin d'éviter que les innovations ne dépendent uniquement des acteurs commerciaux ;
- Garantir la formation et le recrutement suffisant de personnel en santé par les services publics ;
- Ne pas dépasser 15% de paiements directs par l'usager (OOP - *Out of the pocket payments*) tout en tenant compte du coût total du soin fourni afin que les traitements les plus chers restent accessibles pour tous ;
- Exclure les schémas de financement public-privé qui servent le bénéfice des investisseurs privés en faisant peser le risque sur les investisseurs publics ;
- Conserver des marges de manœuvre financières suffisantes pour assurer une couverture santé universelle (CSU).

2) RÉGULER LES ACTEURS PRIVÉS COMMERCIAUX EN SANTÉ :

- Interdire les pratiques discriminatoires des assurances privées ;
- Limiter les prix des médicaments et des services de santé privés remboursés par les systèmes d'assurance maladie publique ;
- Mettre des normes de qualité minimale aux services de santé;
- Contrôler les prescriptions de médicaments et de traitements afin qu'ils soient limités à ce qui est nécessaire ;
- Réguler la publicité pour les médicaments ou les traitements ;
- Veiller à la transparence et la limitation de l'action de lobby des entreprises pharmaceutiques et de soins de santé.

3) VEILLER À LA COHÉRENCE DES POLITIQUES COMMERCIALES AVEC LE DROIT À LA SANTÉ :

- Exclure les services de santé et les assurances solidaires de santé des secteurs libéralisés par les accords bilatéraux de commerce ;
- Exclure les mesures « TRIPS plus » des futurs accords de commerce ;
- Exclure les mécanismes de protection des investissements qui restreindront la capacité des Etats à légiférer en matière de santé ;
- Mener des études d'impact *ex ante* pour déterminer les implications possibles sur le droit à la santé des populations.

4) INCLURE LES ACTEURS DE LA SOCIÉTÉ CIVILE DANS LA DÉTERMINATION, MISE EN ŒUVRE ET LE SUIVI DES POLITIQUES DE SANTÉ :

- Inclure les acteurs de la société civile, des mutuelles de santé et autres acteurs de santé dans la définition, la mise en œuvre et le suivi des programmes d'assurance maladie universelle ;
- Garantir la participation des acteurs de la société civile dans la définition des politiques de santé ;
- Consulter les organisations de la société civile et les acteurs impliqués pour la fixation du prix des médicaments.

5) RENFORCER LES SYSTÈMES DE SANTÉ DES PAYS EN DÉVELOPPEMENT VIA LA SOLIDARITÉ INTERNATIONALE :

- Appuyer les instruments de financement de la santé, basée sur la solidarité, dans les PED comme les mutuelles de santé ou les systèmes d'assurance maladie ;
- Appuyer la recherche sur les maladies peu rentables qui touchent les PED ;
- Appuyer la formation de personnel en santé par le financement de programmes éducatifs ou de bourse pour des étudiants étrangers ;
- Appliquer le Code de pratique de l'OMC pour le recrutement international des personnels de santé et défendre la compensation financière pour les pays d'origine des personnels de santé lorsqu'il s'agit de pays à revenus bas ou intermédiaires.

Photo : Solidarité Socialiste
Mutuelle de santé au Burkina Faso

NOTES DE BAS DE PAGE

1. ILO (2012), R202 - Social Protection Floors Recommendation, 2012, http://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_INSTRUMENT_ID:3065524

2. Peters, D.H. et al (2008), Poverty and Access to Health Care., 171, pp.161–171.

3. Respecter : cela signifie simplement ne pas interférer avec la jouissance du droit à la santé (« non-malfaisance »).
Protéger : cela signifie veiller à ce que des tiers (acteurs non étatiques) ne portent pas atteinte à la jouissance du droit à la santé (par exemple, par la régulation des acteurs non étatiques).
Promouvoir : cela signifie prendre des mesures positives pour la réalisation du droit à la santé (p.ex. en adoptant une législation, des politiques ou des mesures budgétaires adéquates). Pour plus d'informations, consultez http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/fr/

4. http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/en/

5. Comité des Nations Unies pour les droits économiques, sociaux et culturels, Observation générale n° 14 : Le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint (art. 12 du Pacte), 11 août 2000, E/C.12/2000/4, disponible sur : http://www.refworld.org/docid/4538838d0.html

6. Organisation mondiale de la santé (2008), Combler le fossé en une génération : Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé. Rapport final de la Commission des Déterminants Sociaux de la Santé. Organisation mondiale de la santé, Genève.

7. Dahlgren G, Whitehead M. 1991. Politiques et stratégies pour promouvoir l'équité sociale de la santé. Stockholm, Suède : Institute for Futures Studies.

8. OMS, 2008, ibid.

9. Uplekar, M., Raviglione, M.C. The "vertical–horizontal" debates: time for the pendulum to rest (in peace)? Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé (2007) vol 85, 325-420. De : http://www.who.int/bulletin/volumes/85/5/07-041756/en/

10. Bryant J (1969). Health and the developing world. Cornell University Press, Ithaca, NY.

11. Déclaration d'Alma-Ata, Conférence internationale sur les Soins de Santé primaires, Alma-Ata, URSS, 6-12 septembre 1978. De : http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf

12. Michael Hutchison (2003). A Cure Worse Than the Disease? Currency Crises and the Output Costs of IMF-Supported Stabilization Programs, in Managing Currency Crises in Emerging Markets, Dooley and Frankel.

13. Global Health Watch 4: An alternative world health report. People's Health Movement, Medact, Medico itl, Third World Network, Health Action itl, Alames. 2014, p.77

14. http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1

15. World Health Report 2010: Health systems financing, the path towards universal health coverage. http://www.who.int/whr/2010/en/

16. Global Health Watch 4, p.79.

17. Global Health Watch 4, p.77.

18. Sen A. Universal healthcare: the affordable dream. Guard. 2015; published online Jan 6. http://www.theguardian.com/society/2015/jan/06/-sp-universal-healthcare-the-affordable-dream-amartya-sen.

19. Holmes D. Margaret Chan: committed to universal health coverage. Lancet 2012; 380: 879.
20. http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/67/L.36&referer=http://www.un.org/en/ga/info/draft/index.shtml&Lang=E

21. http://www.ilo.org/global/about-the-ilo/newsroom/news/WCMS_326227/lang--en/index.htm

22. UN (2015), The Future We Want Rio+20 Outcome Document; Brolan CE, Hill PS. Countdown for health to the post-2015 UN Sustainable Development Goals. Med J 2015; 202: 289–90.

23. World Health Assembly Resolution 58.33 (2005) From: http://www.who.int/health_financing/documents/cov-wharesolution5833/en/

24. Global Health Watch 4, p. 77-82.

25. The Lancet, Universal health coverage post-2015: putting people first, Volume 384, Issue 9960, 2083.

26. Global Health Watch 4, p. 80.

27. Basu S, Andrews J, Kishore S, Panjabi R, Stuckler D (2012) Comparative Performance of Private and Public Healthcare Systems in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review. PLoS Med 9(6):e1001244. doi:10.1371/journal.pmed.1001244

28. Increasing the impact of EU Development Policy: an Agenda for Change. EUROPEAN COMMISSION, Brussels, 13.10.2011. COM(2011) 637 final From: http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2011:0637:FIN:EN:PDF

29. The WHO Health Systems Framework describes health systems in terms of six core components or "building blocks": (i) service delivery, (ii) health workforce, (iii) health information systems, (iv) access to essential medicines, (v) financing, and (vi) leadership/governance - http://www.who.int/healthinfo/systems/monitoring/en/

30. Martens (Jens) and Seitz (Karolin), "Philanthropic Power and Development. Who shapes the agenda?", Misereor, Brot fur die Welt, Global Policy Forum, November 2015, p. 59. https://www.globalpolicy.org/images/pdfs/GPFEurope/Philanthropic_Power_online.pdf

31. CNCD-11.11.11, Rapport 2015 sur l'aide belge au développement. Des objectifs du millénaire aux Objectifs de développement durable. http://www.cncd.be/IMG/pdf/www_rapport_apd_2015_cncd_11.11.11.pdf

32. Romero (M.J.), What lies beneath? A critical assessment of PPPs and their impact on sustainable development, Eurodad, 2015. http://eurodad.org/Entries/view/1546450/2015/07/09/What-lies-beneath-A-critical-assessment-of-PPPs-and-their-impact-on-sustainable-development

33. IFC and World Bank (2012) Health in Africa Initiative – Factsheet, August 2012. https://www.wbginvestmentclimate.org/advisory-services/health/health-in-africa/upload/HIA-FACTSHEET-SEPTEMBER-2012_ENGLISH.pdf

34. Oxfam briefing note, September 2014, "Investing for the Few. The IFC's Health in Africa initiative", https://www.oxfam.org/sites/www.oxfam.org/files/file_attachments/bn-investing-for-few-ifc-health-in-africa-100914-en.pdf

35. D'après l'OMS, un pourcentage situé entre 10 et 15 % est acceptable. Déclaration de l'OMS sur les taux de césarienne ; WHO/RHR/15.02 ; Organisation mondiale de la santé 2015

36. Oxfam briefing note, 7 April 2014, A dangerous diversion. Will the IFC 's flagship health PPP bankrupt Lesotho's Ministry of Health? https://www.oxfam.org/sites/www.oxfam.org/files/bn-dangerous-diversion-lesotho-health-ppp-070414-en.pdf

37. M. Hellowell (2013) Queen Mamohato Memorial Hospital PPP – Report of the PPP expert' June 27, 2013 (Unpublished)
38. IFC (2009), Breaking New Ground: Lesotho Hospital Public-Private Partnership—A Model for Integrated Health Services Delivery. IFC Smart Lessons. International Finance Corporation, www.ifc.org/

wps/wcm/connect/72379880498390c582f4d2336b93d75f/

39. T. Vian, N. McIntosh, A. Grabowski, B. Brooks, B. Jack and E. Limakatso (2013) Endline study for Queen Mamohato Hospital Public Private Partnership (PPP)' Final Report , September, Centre for Global Health and Development, Boston University, Department of Family Medicine, Boston University and Lesotho Boston Health Alliance, Maseru http://devpolicy.org/pdf/Endline-Study-PPP-Lesotho-Final-Report-2013.pdf last accessed 1 April 2014

40. Government of Lesotho and UNDP (2013) Millennium Development Goals Status Report 2013 Summary, Kingdom of Lesotho, http://www.undp.org/content/dam/lesotho/docs/Reports/MDG%20Report%20-%202014.pdf

41. World bank Data, 2013: Births attended by skilled health staff (% of total) in the Philippines. From: http://data.worldbank.org/indicator/SH.STA.BRTC.ZS/countries/PH?display=graph (last accessed on October 26th, 2015)

42. WHO Philippines Country health profile 2014.

43. IBON, 2015, Critical Condition. Privatized Health in the Philippines, 17 ; IBON, 2012c. Medical Tourism What is Medical Tourism ? , 35(14); IBON, 2012a. Aquino' s Universal Health Care, 34(17).

44. The EC EU-Philippines EU strategy paper (2007-2013), p. 18. From: http://eeas.europa.eu/philippines/csp/07_13_en.pdf (last accessed on June 15th, 2015)

45. WHO Global Health Expenditure Database, Philippines 2013.

46. IBON, 2015, Critical Condition. Privatized Health in the Philippines, 81.

47. WHO Philippines equity profile, 2008.

48. IBON, 2013b. Philhealth : Does it Work ? , 36(13).

49. IBON, 2011a. Health Financing in the Philippines. , 34(3).

50. President Aquino woos European investors with public-private partnership projects. From:http://twha.be/blog/president-aquino-woos-european-investors-public-private-partnership-projects (last accessed on October 26th, 2015)

51. http://bulatlat.com/main/2015/11/18/victory-orthopedic-hospital-modernization-project-terminated/

52. WHO (2011) 'The world medicines situation : access to Essential meds as part of the right to health', http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s18772en/s18772en.pdf

53. WHO (2006a) 'Public health, innovation and intellectual property rights', report of the Commission on IP Rights, Innovation and Public Health', p. 102. http://www.who.int/intellectualproperty/documents/thereport/ENPublicHealthReport.pdf

54. WHO (2013) 'Noncommunicable diseases', fact sheet, http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/en/

55. En français, Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce (ADPIC) ; WTO (1994) 'Agreement on Trade Related Aspects of Intellectual Property Rights', Annexure 1C to the Marrakesh Agreement Establishing the World Trade Organization, signed in Marrakesh, Morocco, on April 15, 1994, Articles 28.1 a and b, http://www.wto.org/english/tratop_e/trips_e/t_agm0_e.htm

56. WHO. Public Health, Innovation and Intellectual Property Rights. Commission on Intellectual Property Rights, Innovation and Public Health (CIPIH). Geneva, WHO, 2006.

57. World Trade Organization (2015), Decision of the Council for TRIPS of 6 November 2015: Extension of the Transition Period under Article 66.1 of the TRIPS Agreement for Least-Developed Country Members for Certain Obligations with Respect to Pharmaceutical Products..Available on https://www.wto.org/english/news_e/news15_e/trip_06nov15_e.htm
58. http://fireintheblood.com/

59. Doha Ministerial Declaration on the TRIPS Agreement and Public Health, WT/MIN(01)/DEC/W/2, 14 November 2001, http://www.wto.org/english/thewto_e/minist_e/min01_e/mindecl_trips_e.htm

60. http://donttradeourlivesaway.wordpress.com/2011/03/04/stop-the-india-eu-fta-decimator-of-the-pharmacy-of-the-world/

61. MSF (2013) 'Untangling the web of Antiretroviral Price Reductions', 15th edition http://www.msf.org/sites/msf.org/files/msf_access_utw_16th_edition_2013.pdf

62. A. Bounds (2007) 'Thais warned on drug pricing pressure', Financial Times, August 9, 2007, http://www.ft.com/intl/cms/s/0/ad6e844a-46a5-11dc-a3be-0000779fd2ac.html#axzz3uaEp2ITN

63. United States Trade Representative, 2015 Special 301 Report, https://ustr.gov/sites/default/files/2015-Special-301-Report-FINAL.pdf

64. Commons Network, HAI et al. (2014) 'The Trans Atlantic Trade and Investment Partnership (TTIP): A Civil Society response to the Big Pharma Wish list', joint position paper, http://www.prescrire.org/Docu/DOCSEUROPE/20140324CivilSocietyResponseBigPharmaWishList_final.pdf

65. Oxfam International and Health Action International (2009), "Trading Away Access to Medicines: How the European Commission's Trade Agenda has taken a wrong Turn", http://www.oxfam.org/en/policy/trading-away-access-medicines

66. The TRIPS Agreement protects only 'undisclosed data' to prevent 'unfair commercial use'. It does not confer either exclusive rights or a period of marketing monopoly.

67. C.Correa (2009) 'The Push for Stronger Enforcement Rules: Implications for Developing Countries', Centre for Interdisciplinary Studies on Industrial Property and Economics, University of Buenos Aires.http://mercury.ethz.ch/serviceengine/Files/ISN/102258/ichaptersection_singledocument/0e93f55b-a0bd-4712-9552-d8d38fefe43a/en/Carlos+Correa+-+fink-correa-web.pdf

68. EC (2014c) "Trade, growth and intellectual property – Strategy for the protection and enforcement of intellectual property rights in third countries", COM(2014) 389 final, http://trade.ec.europa.eu/doclib/docs/2014/july/tradoc_152643.%20property.pdf

69. HAI Europe, MSF and Oxfam (2013) 'Position paper on the recast of the EU Trademark package', http://haieurope.org/wp-content/uploads/2013/11/Nov-2013-Joint-position-paper-EU-Trademark-package-MSF_OXFAM_HAI-3.pdf.

70. Commons Network, HAI et al. (2014)
op cit. http://www.prescrire.org/Docu/DOCSEUROPE/20140324CivilSocietyResponseBigPharmaWishList_final.pdf

71. Philip Morris a perdu son procès contre l'Australie qui a réussi à démontrer que Philip Morris a investi en Australie au début de l'année 2011, alors que la décision du gouvernement d'introduire le paquet neutre était déjà prise. Voir Australia wins international legal battle with Philip Morris over plain packaging, in The Guardian, 18 December 2015. http://www.theguardian.com/australia-news/2015/dec/18/australia-wins-international-legal-battle-with-philip-morris-over-plain-packaging

72. J. Armitage, , "Big Tobacco puts countries on trial as concerns over TTIP deals mount", The Independent , 21 October 2014, http://www.independent.co.uk/news/business/analysis-and-features/big-tobacco-puts-countries-on-trial-as-concerns-over-ttip-deals-mount-9807478.html

73. E. Palmer (2013) "Lilly files $500M lawsuit against Canada", FiercePharma, http://www.fiercepharma.com/story/lilly-files-500-million-lawsuit-against-canada/2013-09-13

74. D. Gaukrodger and K. Gordon (2012), "Investor-State Dispute Settlement: A Scoping Paper for the Investment Policy Community", OECD Working Papers on International Investment, 2012/03, OECD Publishing. http://dx.doi.org/10.1787/5k46b1r85j6f-en

75. IFARMA (2009a) 'Impact of the EU-Andean Trade Agreement on Access to Medicines in Colombia', http://www.haiweb.org/04102010/29_Mar_2010_Report_IFARMA_Impact_Study_Colombia_EN_.pdf

76. Oxfam (2007) 'All Costs, No Benefits: How the US–Jordan FTA affects access to medicines', Oxfam International Briefing Paper No.102, http://policy-practice.oxfam.org.uk/publications/all-costs-no-benefits-how-trips-plus-intellectual-property-rules-in-the-us-jord-114080

77. Kessomboon, Nusaraporn et al. (2010) 'Impact on Access to Medicines from TRIPS-plus: A case study of Thai-US FTA', The Southeast Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health 41(3):667–677.

78. MC-Informations (périodique trimestriel des Mutualités chrétiennes) n°254, décembre 2013.

79. Pour la composition de la CRM, voir sur http://www.inami.fgov.be/fr/inami/organes/Pages/commission-remboursement-m%C3%A9dicaments.aspx#.VkxiJdIYiDs

80. D'après une interview d'un responsable mutualiste siégeant à la CRM par la RTBF : http://www.rtbf.be/info/societe/detail_qui-decide-du-prix-et-du-remboursement-des-medicaments-en-belgique?id=8904592

81. http://www.alternatives-economiques.fr/hepatite-c---un-scandale-en-trois-p_fr_art_633_68994.html

82. Ce manuscrit utilise des éléments de, intègre, et est développé sur la base de trois analyses préexistantes :
- Van de Pas R. Human Resources for Health – A bottleneck for Primary Health Care? Conference 50 years Medicus Mundi: Atención Primaria de Salud y Cooperación: ¿Una utopía? Barcelone, le 7 juin 2013. Disponible via: http://www.medicusmundi.es/index.php/catalunya_es/content/download/682/11629/file/Remco%20Van%20de%20Pas.%20Resumen.%20HRH%20a%20bottleneck%20for%20PHC.pdf
- Mans L. Van de Pas R. Schwarz T. Sanders D. The global health workforce crisis. in Global Health Watch 4: An Alternative World Health Report. Zed Books p 158-166. 2014. Disponible via : http://www.ghwatch.org/sites/www.ghwatch.org/files/B9_0.pdf
- Van de Pas R. Health workforce 2030: a transformative agenda? International Health Polices. Jan 2016. Disponible via : http://www.internationalhealthpolicies.org/health-workforce-2030-a-transformative-agenda/

83. JLI (Joint Learning Initiative). Human Resources for Health: Overcoming the Crisis. 2004 The President and Fellows of Harvard College. Available at www.who.int/hrh/documents/JLi_hrh_report.pdf

84. WHO. Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel. Resolution WHA63.16 May 2010. Available at www.who.int/hrh/migration/code/code_en.pdf?ua=1

85. Comment, General. 14. The right to the highest attainable standard of health. Geneva: Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights (2000). Available at: https://www1.umn.edu/humanrts/gencomm/escgencom14.htm

86. Mills, E. J., S. Kanters, A. Hagopian et al. The financial cost of doctors emigrating from sub-Saharan Africa: human capital analysis. British Medical Journal, 343. 2011

87. Center for Global Development. Does the IMF constrain health spending in poor countries? Report of the working Group on IMF Programs and Health Spending. June 2007. Available at: http://www.cgdev.org/files/14103_file_IMF_report.pdf

88. Karanikolos M. et al. Financial crisis, austerity, and health in Europe. The Lancet - 13 April 2013 (Vol. 381, Issue 9874, Pages 1323-1331).

89. Schwarz, T. WHO global code of practice – lost in translation? Get Involved in Global Health. June 2013. Available at: http://getinvolvedinglobalhealth.blogspot.be/2013/06/who-global-code-of-practice-on-health.html

90. Health Poverty Action. The health worker crisis: Natalie Sharples blogs from the third global forum on human resources for health. Nov. 2013. Available at: https://www.healthpovertyaction.org/news/health-worker-crisis-natalie-sharples-blogs-third-global-forum-human-resources-health/

91. Van de Pas R. et al. The Code of Practice and its enduring relevance in Europe and East and Southern Africa. Human Resource For Health. (In publication).

92. Mackey T. K. Liang B. A. Restructuring brain drain: strengthening governance and financing for health worker migration. Global health action. 2013. 6.

93. Gostin L. O. Friedman E. A. Ebola: a crisis in global health leadership. The Lancet. 2014 546 384(9951).1323-1325.

94. World Health Organization Executive Board. Ebola: ending the current outbreak, strengthening global preparedness and ensuring WHO's capacity to prepare for and respond to future large scale outbreaks and emergencies with health consequences. EBSS3.R1. Special session on Ebola. 25 January 2015.

95. One Million Community Health Workers Campaign. Available at: www.1millionhealthworkers.org/about-us

96. WHO. Global strategy on human resources for health: Work force 2030 DRAFT December 2015 . Available via: http://www.who.int/hrh/resources/WHO_GSHRH_DRAFT_05Jan16.pdf?ua=1

97. Scheil-Adlung, Xenia, Thorsten Behrendt, and Lorraine Wong. "Health sector employment: a tracer indicator for universal health coverage in national Social Protection Floors." Human resources for health 13.1 (2015): 66.

98. WHO. Draft global strategy on human resources for health: workforce 2030. Health workforce and services. EB138/36. 2015. Available via: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB138/B138_36-en.pdf

99. Ibid. xviii.

100. Ortiz, Isabel, and Matthew Cummins. "The age of austerity: a review of public expenditures and adjustment measures in 181 countries." Available at SSRN 2260771. 2013. Available via: http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2260771

101. Soucat A. Scheffler R. The labor market for health workers in Africa: a new look at the crisis. World Bank Publications, 2013. Available via: https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/13824/82557.pdf?sequence=5

102. Labonté R. Stuckler D. The rise of neoliberalism: how bad economics imperils health and what to do about it. Journal of epidemiology and community health. jech-2015. 2015.

103. The Social Commons. Available via: http://socialcommons.eu/what/

104. Chen C. et al. A survey of Sub-Saharan African medical schools. Hum Resour Health 10.4 (2012).

105. Yeates N. Pillinger J. Human Resources for Health Migration: global policy responses, initiatives, and emerging issues. 2013. p.38. Open University, Milton Keynes; EU and ILO promote decent work for health professionals, press release ILO, 20 November 2014 http://www.ilo.org/manila/public/newsitems/WCMS_321402/lang--en/index.htm

106. Gilson L. The lessons of User fee experience in Africa. Health Policy Plan 1997;12:273–85.

107. Akin J, Birdsall N, de Ferranti D. Financing health services in developing countries. Washington: 1987.

108. Shaw RP, Elmendorf E. Better health in Africa : experience and lessons learned. Washington: 1994; The World Bank. World Development Report 1993: Investing in Health. Washington: The World Bank; 1993.

109. Whitehead M, Dahlgren G, Evans T. Equity and health sector reforms: can low-income countries escape the medical poverty trap? Lancet 2001;358:833–6. doi:10.1016/S0140-6736(01)05975-X.

110. Yates R. Universal health care and the removal of user fees. Lancet 2009;373:2078–81. doi:10.1016/S0140-6736(09)60258-0.

111. Robert E, Ridde V. Global health actors no longer in favor

of user fees: a documentary study. Global Health 2013;9:29. doi:10.1186/1744-8603-9-29.

112. Des modules existent sur les sites de l'INAMI et des Mutualités pour savoir combien vous allez être remboursé. NomenSoft, base de données accessible sur le site de l'INAMI, vous permet, si vous introduisez le(s) code(s) de nomenclature figurant sur l'attestation médicale, d'obtenir immédiatement les informations suivantes : la description de la prestation, les honoraires, le montant du remboursement auquel vous avez droit.

113. Les bénéficiaires d'intervention majorée (BIM) et ceux qui peuvent prétendre au système du maximum à facturer (MAF)

114. Xu K, Xu K, Evans D, Evans D, Carrin G, Carrin G, et al. Designing health financing systems to reduce catastrophic health expenditure. Bull World Health Organ 2005;85:8.

115. Xu K. Distribution of health payments and catastrophic expenditures - Methodology. Geneva, 2005 http://whqlibdoc.who.int/hq/2005/EIP_HSF_DP_05.2.pdf; World Health Organization (2005), Designing health financing systems to reduce catastrophic health expenditure, Technical Briefs for Policy-makers, number 2, 2005 http://www.who.int/health_financing/documents/pb_e_05_2-cata_sys.pdf

116. Xu K, Evans DB, Kawabata K, Zeramdini R, Klavus J, Murray CJL. Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis. Lancet 2003;362:111–7. doi:10.1016/S0140-6736(03)13861-5.

117. Leive A, Xu K. Coping with out-of-pocket health payments : empirical evidence from 15 African countries. Bull World Health Organ 2008;049403:849–56. doi:10.2471/BLT.07.049403; Wagstaff A. The economic consequences of health shocks: evidence from Vietnam. J Health Econ 2007;26:82–100. doi:10.1016/j.jhealeco.2006.07.001; McIntyre D, Thiede M, Dahlgren G, Whitehead M. What are the economic consequences for households of illness and of paying for health care in low- and middle-income country contexts? Soc Sci Med 2006;62:858–65. doi:10.1016/j.socscimed.2005.07.001.

118. Pays qui appartenaient à l'UE entre 1995 et 2004, économiquement les « plus développés », en comparaison avec les nouveaux pays membres d'Europe centrale, en phase de 'rattrapage' économique.

119. Derbile EK, Geest S Van Der. Repackaging exemptions under National Health Insurance in Ghana : how can access to care for the poor be improved ? Health Policy Plan 2013;28:586–95. doi:10.1093/heapol/czs098; Witter S, Arhinful DK, Kusi A, Zakariah-Akoto S. The experience of Ghana in implementing a user fee exemption policy to provide free delivery care. Reprod Health Matters 2007;15:61–71. doi:10.1016/S0968-8080(07)30325-X ; Witter S, Adjei S, Armar-Klemesu M, Graham W. Providing free maternal health care: ten lessons from an evaluation of the national delivery exemption policy in Ghana. Glob Health Action 2009;2:1–5. doi:10.3402/gha.v2i0.1881; El-Khoury M, Hatt L, Gandaho T. User fee exemptions and equity in access to caesarean sections: an analysis of patient survey data in Mali. Int J Equity Health 2012;11:49. doi:10.1186/1475-9276-11-49; Spaan.etal (2012) The impact of health insurance in Africa and Asia - a systematic review.pdf n.d. ; Agha S. Changes in the proportion of facility-based deliveries and related maternal health services among the poor in rural Jhang, Pakistan: results from a demand-side financing intervention. Int J Equity Health 2011;10:57. doi:10.1186/1475-9276-10-57 ; Ridde V, Queuille L, Kafando Y, Robert E. Transversal analysis of public policies on user fees exemptions in six West African countries. BMC Health Serv Res 2012;12:409. doi:10.1186/1472-6963-12-409.

120. Mumtaz Z, Salway S, Bhatti A, McIntyre L. Addressing invisibility, inferiority, and powerlessness to achieve gains in maternal health for ultra-poor women. Lancet 2013;6736:9–11. doi:10.1016/S0140-6736(13)61646-3 ; Health Inc Consortium. Health Inc - Towards equitable coverage and more inclusive social protection in health. Studies in. Antwerpen: ITG Press; 2014.

121. Michielsen J, Meulemans H, Soors W, Ndiaye P, Devadasan N, De Herdt T, et al. Social protection in health: the need for a transformative dimension. Trop Med Int Health 2010;15:654–8. doi:10.1111/j.1365-3156.2010.02529.x ; Adesina JO. Rethinking the Social Protection Paradigm : Social Policy in Africa ' s development. Brussels: 2010.

122. Novignon J, Olakojo S a, The effects of public and private health care expenditure on health status in sub-Saharan Africa: new evidence from panel data analysis. Health Econ Rev 2012;2:22. doi:10.1186/2191-1991-2-22 ; Moreno-serra R, Smith PC. Broader health coverage is good for the nation ' s health : evidence from country level panel data. J R Stat Soc Ser A 2015:101–24.

123. Nicholson D, Yates R, Warburton W, Fontana G. Delivering Universal Health Coverage a Guide for Policymakers. London: 2015.

124. 'Touchant au départ les services de catering ou de blanchisserie, cette tendance s'est étendue aux services techniques médicaux comme la radiologie ou les laboratoires', in la revue Alter Echos n° 382-383 du 20 mai 2014.

125. Voir http://healthcarebelgium.com/

126. Selon l'étude du KCE (2011) 40 % des Belges n'ont pas d'assurance hospitalisation. Il y a environ 8 millions d'assurés, mais parmi ceux-ci 16% sont doublement assurés.

127. ZorgKeus.nl. Verschil tussen eigen bijdrage en eigen risico. 2014, bekeken op 19 augustus 2015. Beschikbaar op: http://www.zorgkeus.nl/zorgverzekering/verschil-tussen-eigen-bijdrage-en-eigen-risico.

128. Health Policy survey.

129. Van den Berg MJ, de Boer D, Gijsen R, Heijink R, Limburg LCM, Zwakhals SLN. Zorgbalans 2014. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.

130. Zorgwijzer.nl, Half miljoen Nederlanders raakt zorgtoeslag kwijt in 2015, 24 september 2014, Bekeken op 21 december 2015, beschikbaar op http://www.zorgwijzer.nl/zorgverzekering-2015/half-miljoen-raakt-zorgtoeslag-kwijt

131. Van den Berg MJ, de Boer D, Gijsen R, Heijink R, Limburg LCM, Zwakhals SLN. Zorgbalans 2014. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.

132. Leijten R. De Landelijke Zorgvoorziening. 2014 November. Wetsvoorstel Tweede Kamer.

133. Sources consultées pour l'écriture du cas Thaïlandais : Thailand's Universal Coverage Scheme: Achievements and Challenges. An independent assessment of the first 10 years (2001-2010). Nonthaburi, Thailand: Health Insurance System Research Office, 2012. 120 p; Development finance and inequality, good practice in Ecuador, Rwanda and Thailand, Oxfam Case study, august 2013; Thailand, Social health protection, Report of study visit 24 - 27 June 2014, Thomas Rousseau, Project collaborator COOPAMI.

134. Wemos. Caring for carers in Dutch home-based care. Health Workers for all. Case Study. 2014. Available via: https://interact.healthworkers4all.eu/download/attachments/4622955/Case%20StudiesNLcaring.pdf

135. Wibulpolprasert S, Pengpaiboon P. Integrated strategies to tackle the inequitable distribution of doctors in Thailand: four decades of experience. Human Resources for Health 2003, 1:12. Available at: http://www.human-resourceshealth.com/content/pdf/1478-4491-1-12.pdf
Medhanyie, Araya, et al. The role of health extension workers in improving utilization of maternal health services in rural areas in Ethiopia: a cross sectional study. BMC health services research 12.1 (2012): 1. Available at: http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-12-352

PROTECTIONSOCIALE.BE