

# L'accès universel aux soins de santé

**ODILE FRANK** a mené sa carrière dans les organisations internationales, notamment aux Nations Unies et dans ses agences spécialisées (OMS et OIT), ainsi qu'à l'OCDE à Paris et au *Population Council* à New-York.

Démographe, psychologue et spécialiste en santé publique de formation, ses thèmes de recherche sont les politiques de santé, la protection sociale et les transformations sociales et économiques.

La sécurité sanitaire et la sécurité sociale sont indissociables, et constituent les deux piliers de la protection sociale universelle.

Le rôle crucial, le degré d'attention exigé et l'impératif de mise en œuvre en ce qui concerne l'accès universel aux soins de santé peuvent se décliner dans un argumentaire composé de propositions succinctes. C'est ce que nous avançons ici, dans le but de couvrir un terrain large en quelques pages.

## La fondation juridique de l'accès universel aux soins de santé

La santé a été abordée dans le droit public international depuis les débuts de la jurisprudence internationale. D'abord intégrée à la Déclaration universelle des droits de l'homme de 1948 sous plusieurs aspects dans l'article 25 : « *Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour [...] les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires; elle a droit à la sécurité en cas [...] de maladie, d'invalidité [...]* », ce droit a été précisé dans le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels de 1966 sous la forme d'une aspiration dans l'article 12 : « *Les États parties au présent Pacte reconnaissent le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre* », et enfin définitivement inscrite et consacrée par le Comité des Droits économiques, sociaux et culturels (CDESC) dans le paragraphe d'ouverture de son Observation générale N°14 en 2000 : « *La santé est un droit fondamental de l'être humain, indispensable à l'exercice des autres droits de l'être humain* ».

## Le droit à la santé et le droit à la protection sociale sont dorénavant indissociables

Dès la Déclaration universelle des droits de l'homme (1948), le droit à la santé et le droit à la sécurité sociale sont allés de pair. Mentionné non seulement dans l'article 25, mais aussi consacré dans l'article 22 : « *Toute personne [...] a droit à la sécurité sociale* » le droit à la sécurité sociale a été confirmé dans l'article 9 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (1966) : « *Les États parties au présent Pacte reconnaissent le droit de toute personne à la sécurité sociale, y compris les assurances sociales* » et son inséparabilité du droit à la santé fixée par le CDESC dans son Observation générale N°19 sur la Sécurité sociale de 2007 : « *Les États parties ont l'obligation de garantir que sont mis en place des régimes facilitant l'accès de chacun aux services de santé* ».

C'est sur ces précisions que reposent les objectifs de la Recommandation de l'Organisation internationale du Travail (OIT) de 2012 (N°202) concernant les Socles nationaux de Protection sociale dans laquelle l'accès aux soins de santé constitue une des quatre garanties élémentaires de sécurité sociale et fait par conséquent partie intégrante et indissociable de la protection sociale : « *Accès à un ensemble de biens et services définis à l'échelle nationale comme étant des soins de santé essentiels, y compris les soins de maternité, qui répondent aux critères de disponibilité, d'accessibilité, d'acceptabilité et de qualité* ».

15

## Le droit à la santé et le droit à la protection sociale forment le noyau du développement humain

La protection sociale telle que conçue dans son ensemble par la Recommandation de l'OIT est un pilier de l'Objectif premier du Programme de Développement durable à l'Horizon 2030 qui est celle d'« *Éliminer la pauvreté sous toutes ses formes et partout dans le monde* », dont la troisième cible est précisément de « *Mettre en place des systèmes et mesures de protection sociale pour tous, adaptés au contexte national, y compris des socles de protection sociale [...]* ».

Force est donc de constater qu'indissociables, la protection sociale et la santé sont au cœur de l'objectif le plus global et le plus fondamental du Programme mondial de Développement durable et celui vers lequel œuvrent l'ensemble des pays du monde dans leur coopération multilatérale et multifactorielle pour le développement. Il s'agit, sur un plan purement moral et humanitaire, de l'essence même de la raison du développement.

## Une approche globale à l'accès aux soins de santé

On pourrait facilement imaginer qu'il serait seulement nécessaire de renforcer et d'étendre les soins déjà en place pour réaliser l'accès universel en y consacrant des ressources plus importantes. Mais l'évolution des soins et leur déploiement actuel ont suivi un

autre chemin et servi d'autres objectifs que l'accès universel. La préservation de la santé est assurée par une multiplicité de systèmes fondés sur des politiques diverses, et les résultats sont très inégaux.

À un extrême sont les pays qui ont recherché l'accès universel, où la délivrance des soins reste pour la plus grande part un service public financé par les revenus fiscaux et où le statut sanitaire a atteint un très bon niveau, à en juger par les indicateurs de morbidité et de mortalité ; la majorité des pays européens avec des systèmes d'assurance sociale quasi publics en sont l'exemple.

À l'autre extrême sont les pays qui ont une relative dépendance à l'aide extérieure et où le statut sanitaire est généralement déplorable. Ce qui aussi les caractérise souvent est le fractionnement et la segmentation de l'accès aux soins et des soins eux-mêmes. Ce n'est pas une caricature de préciser que dans bon nombre de pays qui ont ce profil, le centre de santé le plus proche assurerait le suivi des femmes enceintes et les soins aux nouveau-nés, voire éventuellement les vaccins de la petite enfance, mais ne pourrait pas recevoir un accidenté avec la jambe cassée ni un blessé nécessitant des points de suture.

En effet, ces pays n'ont pas de systèmes formant un tout cohérent et l'aide à la santé a été de plus en plus soumise aux objectifs des donateurs et des organismes caritatifs de telle manière que les objectifs d'efficacité mesurable ont largement déplacé les objectifs de santé pour ce qui concerne les critères de réalisation et de réussite. Les soins délivrés dépendent de leur visibilité et de la possibilité d'en mesurer directement l'impact. En fin de compte, ce n'est pas la nature des objectifs de santé qui est mise à mal par ces méthodes, car les micro-objectifs sont tous en eux-mêmes valables, mais leur envergure ; la notion de santé est réduite par le besoin primaire de démontrer les résultats favorables de multiples micro-interventions. Pire, si chaque micro-intervention est « patronnée » par un donateur ou organisme caritatif différents, mesurer et démontrer un résultat positif devient une compétition qui renforce la différenciation des interventions.

Enfin d'autres pays encore sont caractérisés par la coexistence d'un système privatisé de haut niveau avec un ou plus systèmes publics de niveau moindre. Ces systèmes à deux vitesses se généralisent dans la mesure où la rentabilité des interventions médicales devient de plus en plus importante et joue un rôle tout à fait visible dans le monde financier. Ce ne sont plus les industries médicales et pharmaceutiques que l'on pourrait accuser de rentabiliser la maladie et les soins, mais les investissements sectoriels par des fonds financiers toujours à la recherche de la rentabilité la plus élevée. Il y a un enjeu considérable, car à l'heure actuelle, les dépenses annuelles de santé mondiales totalisent plus de dix mille milliards de dollars US alors que les dépenses militaires mondiales ne totalisent que près de deux mille milliards, soit 5 fois moins. Cela donne une idée de la forte motivation pécuniaire à privatiser la santé le plus largement et le plus profondément possible. La variation dans la capacité de rendement de ces investissements, qui peuvent être motivés par d'autres objectifs que le statut sanitaire des populations, ainsi que

les énormes différences entre les budgets nationaux font que les dépenses de santé sont hautement variables de pays en pays.

L'accès universel aux soins de santé demande d'agir à contre-courant et de surmonter les obstacles posés par ces tendances. Il demande que la santé soit redéfinie dans son intégrité, le statut sanitaire reprenant le caractère d'un ensemble et non d'un assemblage d'éléments. Il demande que les objectifs de baisser la morbidité et la mortalité concernent l'ensemble d'une population et soient fondés sur des interventions sur toutes les causes de maladies et non seulement sur celles où les interventions sont plus porteuses de résultats rapides et mesurables, ou bien émanant des priorités des pays donateurs, ou bien encore des priorités des couches favorisées dans les pays en développement. Enfin il demande un plus grand investissement public et national de la part de tous les pays pour construire des systèmes de santé qui permettent d'atteindre le but essentiel d'un accès véritablement équitable et donc universel. Cela nécessitera la redistribution des dépenses publiques, une justice fiscale, et la responsabilité accrue des fonds et flux financiers en matière de fiscalité afin, par exemple, de contrecarrer la pratique d'éroder la base d'imposition permettant aux entreprises multinationales de transférer leurs bénéfices dans des pays ayant une fiscalité avantageuse, ou même de se soustraire complètement à l'imposition.

L'universalité de l'accès aux soins exigera une collaboration et une solidarité multilatérales plus importantes tant sur le plan de la santé à travers l'Organisation mondiale de la santé et les nombreux autres programmes et agences des Nations Unies ayant trait à un aspect ou un autre de la santé, que sur le plan du développement et de son financement par le biais des institutions internationales de financement – les banques de développement et les institutions de *Bretton-Woods*. Elle exigera de la part des institutions internationales de financement une plus grande flexibilité vis-à-vis des budgets nationaux, voire tolérer les déficits, permettre de modifier les allocations budgétaires et faciliter le traitement des prêts et subventions dans les budgets généraux pour donner la plus grande flexibilité d'affectation à la santé et à la protection sociale.

## La conjoncture sanitaire 2020 révélatrice du grand mal structurel de nos sociétés

La cause profonde de l'épidémie de coronavirus ou COVID-19 est bien l'existence du virus lui-même. Mais la cause profonde de sa transmission et de la mortalité élevée que ce virus provoque est le grand mal de nos sociétés. L'inégalité économique est inéluctablement liée à l'inégalité sociale et à tous les facteurs de mauvaise santé dérivant de l'environnement, de l'alimentation et des modes de vie depuis la période *in utero* et la petite enfance jusqu'à la mort précoce qui guette les personnes défavorisées.

Si nos réflexions sur l'inséparabilité de la protection sociale et de la santé ne nous l'avaient pas déjà enseigné, les épidémies récentes nous l'ont démontré avec une clarté prodigieuse. En

2014, l'épidémie d'Ebola en Afrique occidentale nous avait déjà fait comprendre qu'on ne pouvait se passer de systèmes de santé fonctionnels et efficaces pour contrer une épidémie si dangereuse à la santé. Il n'a pas suffi d'intervenir ponctuellement : il fallait avoir mis en place des systèmes accessibles à tous, des protocoles de prévention et des procédures d'intervention, aussi élémentaires qu'ils eussent été. L'épidémie d'Ebola a été gravement péjorée par sa transmission au sein des systèmes de santé existants eux-mêmes car les travailleurs de la santé manquaient absolument partout d'équipements de protection même des plus élémentaires (gants, hydrogel, masques, tabliers et bottes), alors qu'on accourait auprès d'eux et qu'ils cherchaient à secourir les malades. Le résultat a été un taux de mortalité chez les travailleurs de la santé déplorable et terrible pour l'avenir des services essentiels qu'ils fournissaient. Seule une intervention massive de la part d'organismes caritatifs extérieurs organisés et équipés a pu être à la mesure des flambées de cette maladie.

Cependant, la situation s'est reproduite lorsque le manque d'investissements dans les systèmes de santé a persisté, à l'exception de ceux plutôt porteurs de rendements monétaires, et est venu se rajouter au profil défavorisé des populations pauvres, cette fois tant dans les pays développés que dans les pays en développement. Nous avons tous été pris de court par la pandémie de COVID-19 que nous confrontons cette fois mondialement. Cette nouvelle pandémie provoque une morbidité répandue et une mortalité intolérable dans son sillage face à une insuffisance persistante d'organisation et une inadéquation d'équipements sanitaires au niveau mondial. Une fois de plus, les travailleurs de la santé dévoués ont payé de leur vie les échecs et les manques qui caractérisent actuellement les politiques et la gestion des systèmes de santé.

## Le danger des fausses réponses

La possibilité de fausses réponses à cette nouvelle pandémie nous guette, et elles pourraient être nombreuses. La première serait la désolidarisation des pays face pourtant au même défi. Nous avons besoin au contraire de stratégies harmonisées, de solidarité envers les pays plus pauvres et au sein des pays entre les riches et les pauvres. Il est vrai que les populations défavorisées sont les plus vulnérables, mais néanmoins les personnes atteintes de pathologies préexistantes et les personnes âgées sont vulnérables dans toutes les sociétés.

Ce serait aussi une erreur de répondre à la pandémie en focalisant les actions et les investissements sur les milieux hospitaliers et les équipements destinés aux soins intensifs, par exemple, qui ont été pris si largement à défaut. Il sera impératif de renforcer les systèmes de santé de base, aussi élémentaires qu'ils soient, pour diffuser le plus largement possible les formations de prévention et la distribution d'équipements essentiels et leur disponibilité dans les systèmes et dans les populations. Il faut pour cela une véritable construction de services de santé de première nécessité, clés

en main, capables de fournir une gamme de soins préventifs et curatifs. C'est parmi ces systèmes que seront diffusés le vaccin éventuel protégeant du COVID-19 et les traitements éventuels, et, ce sera à travers les réseaux de ces systèmes que seront diffusées les réponses aux épidémies suivantes, celles qui inévitablement suivront le COVID-19 un jour ou l'autre.

En ce qui concerne les prêts et les subventions des institutions internationales de financement, il ne faut pas qu'elles soient systématiquement réorientées pour pallier les conséquences du COVID-19, car le risque est grand que des ressources inestimables se retrouvent dans un puits sans fond. Il sera impératif de les mettre à contribution pour construire l'infrastructure nécessaire à l'amélioration des conditions de vie comprenant une protection sociale universelle qui permette d'agir sur les causes profondes de la pauvreté et de la mauvaise santé et non uniquement sur leurs manifestations.

Il ne faudra pas se satisfaire de donner des réponses à court terme, de réagir en superficie et de se féliciter de résultats faciles, immédiats et visibles qui n'auront pas de caractère durable. Il faudra planifier sur la durée, construire solidement et systématiquement, améliorer en profondeur, évaluer les résultats avec une grande patience.

### La nécessité d'une volonté politique

Enfin, nous parlons ici du travail des populations et des sociétés, au travers de leurs représentants, leurs gouvernements et leurs administrations. Il faudra pour cela la volonté politique, une plus grande justice fiscale, des budgets réorientés et une plus grande réglementation de la privatisation ainsi qu'une surveillance accrue et plus intelligente des services privés de santé. La santé privatisée devra être au service des systèmes publics de santé dans lesquels elle s'intègre, et ainsi au service des objectifs de la politique de santé qui la gouverne. La rentabilité ne doit pas servir à motiver ou à diriger nos systèmes de santé nationaux. Nous savons aujourd'hui que la privatisation de la santé n'amène ni efficacité ni économie et finit par coûter plus cher aux contribuables ou devoir être reprise par les systèmes publics. De toute manière, les services privés ne contribuent pas ou peu à l'accès aux soins de santé universel et équitable.

Nous savons depuis des décennies que la sécurité sanitaire et la sécurité sociale sont indissociables, et constituent les deux piliers de la protection sociale. Nous ne pouvons atteindre un de ces deux objectifs sans l'autre. Réparer les défaillances des systèmes nationaux en matière de santé tout en construisant une plus grande sécurité sociale c'est réparer nos sociétés elles-mêmes en les dépouillant des plus grandes inégalités et injustices, ni plus ni moins. ■