



Assemblée générale

Distr. générale
13 août 2012
Français
Original : anglais

Soixante-septième session

Point 70 c) de l'ordre du jour provisoire*

Promotion et protection des droits de l'homme :
situations relatives aux droits de l'homme
et rapports des rapporteurs et représentants spéciaux

Droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible

Note du Secrétaire général

Le Secrétaire général a l'honneur de transmettre à l'Assemblée générale le rapport d'étape du Rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible.

* A/67/150.



Rapport d'étape du Rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible

Résumé

Le présent rapport traite de la question du financement de la santé sous l'angle du droit à la santé. La pleine réalisation du droit à la santé est tributaire de la disponibilité d'un financement suffisant, équitable et durable de la santé, aux niveaux tant interne qu'international. L'on examine donc dans le présent rapport l'obligation faite aux États de veiller à ce que la santé bénéficie d'un financement interne suffisant, équitable et durable. Trois aspects critiques en matière de financement de la santé sont traités: la manière dont les États veillent à ce que des fonds suffisants soient disponibles pour la santé et les sources de ce financement; la manière dont ces fonds sont mutualisés; et la manière dont ces fonds et autres ressources sont répartis à l'intérieur du système de santé pour assurer l'accès de tous à des équipements, produits et services sanitaires de qualité. Le Rapporteur spécial aborde aussi un certain nombre de questions de fond à cet égard, notamment la fiscalité et le financement international; les mécanismes de mutualisation, dont l'assurance-maladie de la sécurité sociale; et les problèmes de répartition des fonds et autres ressources consacrés à la santé, notamment entre les soins de santé primaires, secondaires et tertiaires et l'écart en la matière entre les zones urbaines et rurales. Le Rapporteur spécial conclut son rapport par une série de recommandations sur les moyens de s'assurer que des ressources suffisantes sont disponibles, sur la mutualisation de ces fonds et sur leur répartition équitable.

Table des matières

	<i>Page</i>
I. Introduction	4
II. Cadre conceptuel	5
A. Mutualisation de fonds suffisants et priorité au financement de la santé.	6
B. Mutualisation et affectation des fonds et ressources destinés à la santé	7
C. Aide internationale.	9
III. Enjeux de fond du financement de la santé.	9
A. Consacrer des fonds suffisants à la santé	9
B. Mutualisation du financement interne de la santé	16
C. Affectation des fonds et autres ressources consacrés à la santé.	22
IV. Conclusions et recommandations	25

I. Introduction

1. La pleine réalisation du droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible est tributaire de la disponibilité d'un financement suffisant, équitable et durable, aux niveaux tant national qu'international. Le présent rapport est donc consacré à la question du financement de la santé sous l'angle du droit à la santé. L'on y examine l'obligation faite aux États de veiller à ce que la santé bénéficie d'un financement interne suffisant, équitable et durable, ainsi que le cadre conceptuel d'une approche dans laquelle le financement de la santé serait fondé sur le droit à la santé. Il s'agit en particulier des obligations faites aux États de veiller à ce que la santé bénéficie d'un financement suffisant, équitable et durable et de faire de ce financement une priorité dans les budgets nationaux; d'assurer une répartition équitable des fonds et autres ressources destinés à la santé; et de coopérer au plan international pour assurer la disponibilité d'un financement international durable de ce secteur. Le rapport permet aussi d'explorer un certain nombre de questions de fond à cet égard, notamment la fiscalité et le financement international en matière de santé; le mécanisme de mutualisation, y compris l'assurance-maladie; et les questions de répartition des fonds et autres ressources destinés à la santé entre les soins de santé primaires, secondaires et tertiaires et entre les zones urbaines et rurales.

2. La situation actuelle en matière de financement de la santé est caractérisée, partout dans le monde, par des déficits persistants et des problèmes récurrents de financement des systèmes de santé. La dépense publique pour la santé est dans de nombreux pays trop faible, en raison du faible rang de priorité budgétaire assigné à la santé et, dans certains cas, parce que le financement public est, en valeur absolue, insuffisant. Des lacunes en matière de gouvernance sont aussi dans de nombreux pays une cause centrale de l'incapacité de ces derniers de financer convenablement la santé. La corruption généralisée, les niches fiscales et la mauvaise administration de l'impôt, caractérisée par de forts taux d'évasion fiscale, réduisent souvent la capacité de collecte des recettes des États et l'affectation de fonds publics suffisants aux systèmes de santé. Dans de nombreux pays, le financement de ces systèmes est par trop tributaire du paiement par l'utilisateur et du financement international. Or, le financement international est imprévisible et peu viable dans la durée, comme la crise financière récente l'a bien montré, et le paiement des produits et services sanitaires par l'utilisateur impose une charge disproportionnée à la population pauvre, qui doit consacrer à sa santé une part considérablement plus élevée de son revenu que la population plus fortunée. Il en résulte que pour les ménages pauvres, le paiement par l'utilisateur est souvent synonyme de catastrophe financière et de paupérisation, ce qui a pour effet dévastateur d'amener de nombreux pauvres à renoncer carrément à se faire soigner.

3. L'approche du financement de la santé fondée sur le droit à la santé part du constat qu'il faut parvenir à un équilibre approprié entre le financement public et le financement privé de la santé, ainsi qu'entre l'administration publique et l'administration privée des équipements, produits et services sanitaires. Cela étant dit, la tendance mondiale à la privatisation des systèmes de santé crée des risques non négligeables en matière d'équité dans la disponibilité et l'accessibilité des équipements, produits et services sanitaires, en particulier pour les pauvres et autres groupes vulnérables ou marginalisés. Dans bien des cas, la privatisation a eu pour effets une augmentation des montants payés par les usagers pour les produits et

services de santé, un investissement privilégiant de manière disproportionnée les soins de santé secondaires et tertiaires par rapport aux soins de santé primaires et une accentuation des disparités dans la disponibilité des équipements, produits et services sanitaires entre les zones rurales ou reculées et urbaines.

4. L'approche du financement de la santé fondée sur le droit à la santé prend une importance capitale dans le contexte de ces tendances et difficultés constatées à l'échelle mondiale en matière de financement de la santé. Elle fournit un cadre qui permet de s'assurer que la santé est une priorité dans le budget de l'État, renforcée par la participation active et informée des individus et des communautés touchées à la formulation, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des budgets de la santé. Cette approche exige la répartition équitable des fonds et autres ressources destinés à la santé et intègre le rôle essentiel de l'assistance internationale pour ce qui est d'assurer la disponibilité de fonds suffisants et des ressources techniques nécessaires partout dans le monde, en particulier dans les pays à faible revenu. L'accent y est mis sur l'importance de la priorité à accorder aux soins de santé primaires dans la configuration du financement des secteurs primaire, secondaire et tertiaire du système de santé. Enfin, l'approche fondée sur le droit à la santé prend en compte l'écart de dotation en ressources entre les zones rurales et reculées et les zones urbaines et impose aux États de répartir équitablement les fonds et autres ressources entre ces deux catégories de façon à assurer la disponibilité et l'accessibilité d'équipements, produits et services sanitaires de qualité dans les zones rurales et reculées, sur la base du principe de non-discrimination.

II. Cadre conceptuel

5. L'élément financement de la santé occupe une place centrale dans le droit à la santé et contribue à la pleine réalisation de ce droit tel qu'il est énoncé dans l'article 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels et explicité dans l'Observation générale N° 14 du Comité des droits économiques, sociaux et culturels. De nombreux autres instruments internationaux et régionaux, tels que la Déclaration d'Alma-Ata adoptée par la Conférence internationale sur les soins de santé primaires en 1978 et la Déclaration d'Abuja sur le VIH/sida, la tuberculose et autres maladies infectieuses connexes adoptée par l'Union africaine en 2001, ont aussi reconnu la place centrale de la question du financement dans la stabilité et l'efficacité des systèmes de santé et la réalisation des objectifs internationaux de développement. Les États sont donc tenus d'assurer un financement suffisant, équitable et durable de la santé. Les questions clés du financement de la santé sont celles de savoir : comment les États veillent à ce que des fonds suffisants soient disponibles pour la santé et d'où proviennent ces fonds; comment ces fonds sont mutualisés; et comment ces fonds et autres ressources sont répartis à l'intérieur des systèmes de santé pour assurer l'accès de tous à des équipements, produits et services sanitaires de qualité. L'approche fondée sur le droit à la santé fournit un cadre conceptuel pour le traitement de chacune de ces trois questions clés.

A. Mutualisation de fonds suffisants et priorité au financement de la santé

6. Les États sont dans l'obligation en vertu du droit à la santé de veiller à ce que la santé bénéficie de fonds suffisants et que la priorité soit accordée au financement de la santé dans leurs budgets. Cette double obligation est un préalable qui est à la fois nécessaire à la réalisation de pratiquement tous les aspects du droit à la santé et requis en vertu de l'obligation qui incombe aux États d'utiliser le maximum de ressources disponibles pour assurer la pleine réalisation de ce droit (Observation générale 14, par. 33). Tel qu'il est explicité par l'Observation générale N° 14, le droit à la santé recouvre de nombreux droits induits concernant, par exemple, la disponibilité d'équipements sanitaires de qualité et l'accès aux médicaments essentiels, ce qui impose des dépenses effectives à l'État. Un financement public suffisant est une nécessité pour réaliser ces droits positifs. Des ressources publiques insuffisantes ou mal réparties empêchent certains individus ou groupes de jouir pleinement du droit à la santé, s'agissant en particulier des groupes vulnérables ou marginalisés, et sont donc constitutifs de violation de l'obligation faite à l'État de réaliser le droit à la santé (Observation générale 14, par. 52).

7. Afin d'utiliser le maximum de ressources disponibles, les États doivent donc prendre toutes les mesures nécessaires pour collecter des recettes suffisantes, mobiliser ces ressources au service de la santé et veiller à ce que le financement de la santé se voit accorder le rang de priorité qui lui revient dans le budget national et les budgets infranationaux. La définition des priorités budgétaires impose aux États de réserver une part importante de la dépense publique globale à la couverture des dépenses de santé et d'accorder à ce secteur une priorité analogue à celle des autres engagements financiers fondamentaux de l'État concernant, par exemple, l'éducation, la sécurité sociale ou la défense. Les États ont à cet égard l'obligation positive de faciliter la participation active et informée des individus et communautés touchés à la formulation, l'exécution, le suivi et l'évaluation des budgets de la santé. Afin d'assurer la responsabilisation dans l'exécution des budgets nationaux et infranationaux de la santé et l'application des lois et politiques correspondantes, les États devraient également concevoir et mettre en place des mécanismes qui permettent ou stipulent un audit et un contrôle appropriés de ces instruments.

8. L'obligation d'accorder la priorité au financement de la santé dans le budget de l'État est étroitement liée au principe de la réalisation progressive, qui instaure pour les États une obligation spécifique et continue de progresser aussi rapidement et efficacement que possible vers la pleine réalisation du droit à la santé par toutes les personnes sans discrimination, compte tenu des contraintes résultant du caractère limité des ressources disponibles (Observation générale 14, par. 30 et 31 et Observation générale 3, par. 9). Afin de faciliter la réalisation progressive du droit à la santé pour tous, les États devraient utiliser le maximum de fonds et autres ressources disponibles pour réaliser le droit à la santé, ce qui impose de collecter effectivement les fonds nécessaires et de veiller à ce qu'ils soient affectés à la santé conformément aux priorités budgétaires. Les États qui ne veulent pas consacrer le maximum de ressources disponibles à la réalisation du droit à la santé contreviennent à leurs obligations en vertu de ce droit (Observation générale 14, par. 47).

9. L'obligation de consacrer des fonds suffisants à la santé et d'accorder la priorité à ce financement devrait être ancrée dans les obligations fondamentales

inhérentes au droit à la santé (Observation générale N° 14, par. 43 à 45). Ces obligations fondamentales ne peuvent faire l'objet d'aucune dérogation et représentent le niveau minimum essentiel que les États sont tenus d'assurer pour être en conformité en matière de droit à la santé. Ces obligations fondamentales recouvrent des droits positifs et négatifs ainsi que des problématiques de répartition et d'équité. Les droits positifs, tels que ceux correspondant à l'obligation d'assurer l'accès à des moyens élémentaires d'hébergement, de logement et d'assainissement et à un approvisionnement suffisant en eau salubre et potable, nécessitent souvent que les États consacrent d'importantes ressources financières et autres à leur réalisation. Les obligations fondamentales qui instaurent des droits négatifs et recouvrent des enjeux de répartition, tels que ceux correspondant à l'obligation d'assurer une répartition équitable et un accès non discriminatoire en ce qui concerne les équipements, produits et services sanitaires de qualité, supposent l'existence de ces équipements, produits et services et imposent donc aussi aux États qu'ils engagent des dépenses importantes. Les États devraient par conséquent veiller à ce que des fonds suffisants soient mis à disposition pour la santé et accorder la priorité à ce financement afin de s'acquitter au moins de ces obligations fondamentales inhérentes au droit à la santé. En ce sens, ces obligations établissent un niveau plancher de financement en dessous duquel les États seraient considérés comme contrevenant à leurs obligations en vertu du droit à la santé.

B. Mutualisation et affectation des fonds et ressources destinés à la santé

10. L'obligation d'assurer une répartition équitable des équipements, produits et services sanitaires, pour tous et sans discrimination, est une obligation fondamentale inhérente au droit à la santé. Le droit d'avoir accès à des équipements, produits et services sanitaires de qualité sans discrimination, s'agissant en particulier des groupes vulnérables ou marginalisés, dont, entre autres, les groupes ethniques, raciaux, religieux et sexuels minoritaires, les femmes, les enfants et les pauvres, constitue une autre obligation fondamentale qui incombe aux États. Afin de s'acquitter de ces obligations fondamentales inhérentes au droit à la santé, les États doivent assurer une répartition équitable des fonds et autres ressources destinés à la santé en vue de réaliser l'accès de tous à des équipements, produits et services sanitaires de qualité, conformément au principe de non-discrimination et en accordant une attention particulière aux besoins des populations vulnérables ou marginalisées. La répartition inéquitable de ces fonds et ressources peut déboucher sur une discrimination indirecte à l'intérieur du système de santé, touchant plus particulièrement les groupes vulnérables ou marginalisés qui n'ont souvent pas les moyens sociaux et politiques de contester cette répartition inéquitable des fonds publics. (Observation générale 14, par. 19).

11. La répartition équitable des fonds et autres ressources destinés à la santé peut se réaliser par la mutualisation des fonds collectés par le biais de mécanismes de prépaiement. La mutualisation permet la couverture croisée des risques financiers liés aux soins de santé entre différents groupes au sein de populations nombreuses et les transferts de ressources correspondants, des riches vers les pauvres et des biens portants vers les maladies. La couverture croisée des risques financiers protège donc les groupes vulnérables ou marginalisés, les pauvres notamment, contre les risques de dépenses de santé catastrophiques et leur assure l'accès à des équipements,

produits et services sanitaires de qualité qui ne seraient pas financièrement à leur portée sans cette mutualisation. La mutualisation visant à faciliter la couverture croisée des risques sanitaires et financiers fournit donc aux États une méthode essentielle pour assurer la répartition équitable des fonds et autres ressources destinés à la santé, comme l'exige le droit à la santé.

12. L'Observation générale N° 14 du Comité des droits économiques sociaux et culturels reconnaît que les investissements consacrés à la santé ne devraient pas privilégier de manière disproportionnée les services de soins curatifs coûteux, qui ne sont souvent accessibles qu'à une petite fraction de la population, au détriment des services de soins de santé primaires, dont bénéficie une part plus importante de la population. Les services de soins de santé primaires sont généralement moins coûteux que les soins secondaires ou tertiaires qui, par définition, nécessitent du personnel de santé qui a suivi une formation spécialisée, du matériel de diagnostic sophistiqué et une infrastructure physique importante. L'investissement dans les soins de santé primaires est donc plus rentable sur le long terme parce qu'il empêche l'apparition de maladies et favorise la santé de manière générale, ce qui rend moins nécessaires des soins secondaires et tertiaires plus coûteux¹. Les économies ainsi réalisées peuvent être réinvesties dans le système de santé, éventuellement sous forme de nouveaux soins subventionnés pour les pauvres. Le droit à la santé exige donc une répartition efficace des fonds et autres ressources entre les secteurs primaire, secondaire et tertiaire des soins de santé mettant l'accent sur les soins de santé primaire.

13. Les États devraient axer la répartition des fonds et autres ressources destinés à la santé sur la nécessité de faire en sorte que des équipements, produits et services sanitaires de qualité soient disponibles et aisément accessibles aux populations des zones rurales et isolées. Les grandes disparités de résultats en matière de santé entre les populations rurales et isolées et les populations urbaines constatées dans de nombreux pays sont aujourd'hui bien avérées². Cette situation est imputable à plusieurs facteurs, notamment l'insuffisance des investissements dans l'infrastructure de santé et le manque de personnel de santé qualifié dans les zones rurales et isolées. Le problème est aggravé par le fait que c'est dans les populations rurales et isolées que l'on trouve souvent des groupes vulnérables ou marginalisés tels que les pauvres, les minorités ethniques et raciales et les populations autochtones, qui sont généralement plus pauvres que les habitants des zones urbaines³. Conformément à l'approche fondée sur le droit à la santé, les États doivent donc veiller à ce que les fonds et autres ressources destinés à la santé soient équitablement répartis entre les zones rurales et isolées et les zones urbaines.

¹ Rifat Atun, *What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services?* (Avantages et inconvénients d'une restructuration des systèmes de santé mettant davantage l'accent sur les services de soins primaires) (Copenhague, OMS, 2004), p. 6 à 8.

² Juan Antonio Casas et al., Health « Disparities in Latin America and the Caribbean: The Role of Social and Economic Determinants » (Disparités en matière de santé en Amérique latine et aux Caraïbes: le rôle des déterminants socioéconomiques), *Equality and Health*, Document occasionnel N° 8 (Organisation panaméricaine de la santé, 2008) p.37 et 42.

³ OMS, Statistiques sanitaires mondiales, Inéquités dans les soins de santé et les événements sanitaires (2008), p. 92 à 95.

C. Aide internationale

14. L'approche fondée sur le droit à la santé reconnaît le rôle essentiel de l'aide internationale pour ce qui est d'assurer la disponibilité de fonds et autre ressources suffisants en matière de santé à l'échelle mondiale, en particulier dans les pays en développement. Dans l'esprit de l'Article 56 de la Charte des Nations Unies et des articles 12, 2.1, 22 et 23 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, ainsi que de la Déclaration d'Alma-Ata, les États devraient reconnaître le rôle essentiel de la coopération internationale et respecter l'engagement qu'ils ont pris d'œuvrer, séparément et collectivement, à la pleine réalisation du droit à la santé à l'échelle mondiale. À ce sujet, la Déclaration d'Alma-Ata réaffirme que les inégalités flagrantes en matière de santé entre divers groupes, en particulier entre pays développés et pays en développement mais aussi à l'intérieur des pays, sont politiquement, socialement et économiquement inadmissibles et doivent constituer un sujet de préoccupation commun à tous les États. L'approche fondée sur le droit à la santé impose aux États de coopérer au plan international pour faire en sorte que la santé bénéficie d'un financement international durable. Il en découle une responsabilité de mutualiser à l'échelle internationale les fonds provenant de contributions obligatoires des États, en fonction de la capacité de paiement de chacun, et de répartir ces fonds entre les pays, en fonction de leurs besoins, de façon à parvenir à une couverture croisée des besoins par les ressources à l'échelle mondiale.

III. Enjeux de fond du financement de la santé

A. Consacrer des fonds suffisants à la santé

1. Fiscalité

15. La fiscalité est une méthode communément utilisée par les États pour assurer le financement public de la santé par des systèmes de prépaiement, par opposition au paiement à l'acte là où le service est fourni. Plusieurs États ont réalisé l'accès universel (ou quasi universel) aux équipements, produits et services sanitaires en utilisant des recettes fiscales pour financer les soins de santé⁴. La fiscalité permet aux États de disposer de diverses sources de recettes pouvant être consacrées à la santé, notamment par l'imposition du revenu des personnes physiques, de la propriété, des salaires, de la production, des ventes, du commerce, des plus-values de capital et des transactions financières. La fiscalité permet aux États de mutualiser les fonds et de répartir les risques financiers liés aux soins de santé sur l'ensemble de la population. La fiscalité est donc un instrument grâce auquel les États peuvent s'assurer que des fonds suffisants sont disponibles pour la santé selon un mode de financement progressif, comme l'exige le droit à la santé.

16. L'approche qui fonde le financement de la santé sur le droit à la santé exige la progressivité de l'impôt destiné à financer les soins de santé de façon à assurer une production équitable des recettes. Dans une fiscalité progressive, les contribuables sont imposés en fonction de leur capacité de payer. À titre d'exemple, un impôt sur

⁴ OMS, *Financement des systèmes de santé : Le chemin vers une couverture universelle*, Rapport sur la santé dans le monde (Genève, 2010), p. 6.

le revenu progressif impose aux contribuables fortunés de verser une proportion de leur revenu plus importante que celle que versent les contribuables plus pauvres. À l'inverse, dans une fiscalité régressive, les contributions versées par les personnes qui ont moins de ressources financières sont proportionnellement plus importantes que celles demandées aux contribuables plus fortunés. La fiscalité régressive constitue donc un mode de financement des soins de santé inéquitable et non conforme au droit à la santé.

17. De nombreux États ont recours à une taxation de la consommation, sous forme de taxes sur les ventes ou sur la valeur ajoutée (TVA), pour produire des recettes générales finançant entre autres les soins de santé. La TVA a été adoptée dans près de 140 pays et produit aujourd'hui une part importante des recettes de l'État dans de nombreux pays, en particulier dans le monde en développement⁵. Certains pays ont engagé des expériences réussies d'affectation aux dépenses de santé d'une proportion définie des recettes provenant de la TVA⁶. Les taxes dites 'anti-péché', prélevées sur des produits socialement nocifs tels que l'alcool, la malbouffe ou le tabac, servent aussi à collecter des fonds pour les soins de santé, et peuvent être spécifiquement réservées à cet effet. Ces taxes peuvent aussi remplir une fonction secondaire consistant à décourager les comportements malsains en augmentant le coût de la consommation des produits en question, ce qui peut dans certaines circonstances améliorer le niveau général de la santé publique⁷.

18. En vertu du droit à la santé, les taxes à la consommation ne doivent pas peser de manière disproportionnée sur les pauvres. Or, la TVA peut avoir un effet régressif, dans la mesure où les pauvres dépensent une part plus importante de leur revenu pour des produits soumis à la TVA que ne le font les riches⁸. L'on sait aujourd'hui que le relèvement du niveau de profits en dessous duquel les entreprises ne sont plus soumises à la TVA et la distinction entre produits de luxe et produits de première nécessité améliorent la progressivité de la TVA⁹. Les taxes 'anti-péché' peuvent également avoir un effet régressif¹⁰ et devraient être appliquées de manière proportionnée afin que les produits moins coûteux utilisés par les pauvres soient moins taxés que les produits plus coûteux utilisés par les riches. Il faut se soucier des incidences financières des taxes 'anti-péché' pour les communautés pauvres qui

⁵ Michael Keen, « What Do (and Don't) We Know about the Value Added Tax? A Review of Richard M. Bird and Pierre-Pascal Gendron's *The VAT in Developing and Transitional Countries* » (Que savons/ignorons-nous à propos de la taxe à la valeur ajoutée?, analyse de l'ouvrage de M. Bird et Pierre-Pascal Gendron: La TVA dans les pays en développement et les pays en transition), *Journal of Economic Literature*, vol. 47, N° 1 (2009), p. 159.

⁶ Le Ghana et le Chili réservent au financement de la santé 2,5 et 1 %, respectivement, du produit de la TVA: OMS, *Financement des systèmes de santé: Le chemin vers une couverture universelle* (Genève, 2010) p. 27.

⁷ Voir OMS, Bureau régional pour l'Asie du Sud-Est, *Taxation du tabac : un financement novateur des systèmes de santé*, (New Delhi, 2012)

⁸ Nahida Faridy et Tapan Sarker, « Who really pays Value Added Tax (VAT) in developing countries? Empirical evidence from Bangladesh » (Qui paye réellement la TVA dans les pays en développement? Éléments empiriques concernant le Bangladesh), *International Journal of Modeling and Optimization*, vol. 11 (2011); L. Sekwati et Brothers W. Malema, « Potential Impact of the Increase in Vat on Poor Households In Botswana » (Incidence potentielles d'une augmentation de la TVA pour les ménages pauvres au Botswana) *International Journal of Economic and Research*, vol. 2, N° 1 (2011).

⁹ Nahida Faridy et Tapan Sarker, *ibid.*, p. 194.

¹⁰ Christopher Snowdon, « The Wages of Sin Taxes » (Les salaires des taxes anti-péché), Adam Smith Institute, (Londres, 2012), p. 51-54.

sont susceptibles d'acheter plus fréquemment des produits taxés. La TVA, les taxes 'anti-péché' et autres formes de taxes à la consommation qui seraient principalement régressives contreviennent à l'obligation faite à l'État de respecter le droit à la santé.

19. L'on assiste actuellement à une prolifération de la concurrence fiscale internationale induite par la mondialisation, la plus grande mobilité des capitaux et, par voie de conséquence, la plus grande réactivité des capitaux face aux différences de fiscalité. Cette concurrence fiscale enclenche une course vers le bas dans laquelle les États s'efforcent d'attirer l'investissement étranger direct par des incitations fiscales et autres abattements accordés aux investisseurs étrangers et par une taxation faible ou nulle des transactions commerciales et des plus-values de capital¹¹. La concurrence fiscale réduit les recettes fiscales des pays en développement et leur aptitude à collecter des fonds suffisants pour financer les dépenses de santé¹². Dans certains pays en développement, le manque à gagner induit par les mesures d'incitation fiscale représente près du double du budget de la santé¹³. Les pays à revenu élevé ont également subi une baisse de leurs recettes fiscales provenant de la taxation des revenus du capital par suite de la libéralisation fiscale engagée dans ces pays¹⁴. Les sociétés multinationales ont transféré leurs actifs vers des sites offshore pour profiter des avantages de ces paradis fiscaux et, grâce aux prix de transfert, déclarer leurs bénéfices dans des juridictions à faible fiscalité et payer moins d'impôts que dans le pays où elles ont leur siège social¹⁵.

20. Les États devraient veiller à ce que les politiques de libéralisation fiscale induites par la concurrence fiscale internationale n'entraînent pas une baisse du financement public des dépenses de santé. Or, la réduction des recettes fiscales et de l'assiette de ces taxes résultant des abattements fiscaux consentis aux investisseurs étrangers et la réduction ou l'élimination des taxes sur les transactions commerciales et les plus-values de capital risquent de réduire l'aptitude de l'État à collecter des fonds suffisants pour la santé, comme l'exige le droit à la santé. Les États et les institutions financières internationales devraient donc éviter de promouvoir la concurrence fiscale par les accords de libre-échange, les traités d'investissement et la conditionnalité des prêts lorsque de tels instruments et politiques risquent de réduire la disponibilité de fonds d'origine fiscale destinés au système de santé dans les pays en développement.

21. Dans de nombreux pays, la concurrence fiscale internationale fait peser la charge de l'impôt sur la consommation et les revenus ou les salaires plutôt que sur

¹¹ Confédération internationale des syndicats libres, *Having their cake and eating it too: the Big Corporate Tax Break* (Le beurre et l'argent du beurre : la grande niche fiscale des sociétés), (Bruxelles, 2006), p. 16 -17.

¹² Marta Ruiz, Rachel Sharpe et María José Romero, *Approaches and Impacts IFI tax policy in developing countries* (Approches et impacts: la politique fiscale des IFI dans les pays en développement), disponible à l'adresse <http://eurodad.org/?p=4564>.

¹³ Réseau mondial pour la justice sociale et ActionAid International, *Tax competition in East Africa: A race to the bottom? Tax incentives and revenue losses in Uganda* (La concurrence fiscale en Afrique de l'Est : une course vers le bas?), (avril 2012), p. iv.

¹⁴ Voir Howard Wachtel, « Tax Distortion in the Global Economy » (Distorsions fiscales dans l'économie mondiale), document présenté au Global Crisis Seminar, Transnational Institute, (Amsterdam, février 2002).

¹⁵ Ibid.

les bénéficiaires des entreprises et les revenus du capital¹⁶. Or, la collecte de l'impôt sur le revenu ou les salaires n'est pas chose facile dans les pays où le secteur informel de l'économie est important, c'est-à-dire dans l'essentiel du monde en développement. Dans ces pays, les coûts administratifs de la collecte de l'impôt dans le secteur informel sont importants, de même que l'évasion fiscale, et il n'est pas facile de maximiser l'assiette de l'impôt sur le revenu¹⁷. L'on estime toutefois que la taxation du secteur informel pourrait accroître les recettes fiscales de 35 à 55 % dans certains pays¹⁸. Certaines approches novatrices de la collecte de l'impôt dans le secteur informel, notamment par la coopération avec les associations de travailleurs de ce secteur, ont permis d'obtenir de bons résultats dans certains cas et pourraient bien permettre d'élargir l'assiette de l'impôt dans les pays où le secteur informel est important¹⁸. Afin que la santé bénéficie d'un financement suffisant, équitable et durable, comme l'exige le droit à la santé, il conviendrait que les États n'en soient pas réduits par les politiques de libéralisation fiscale à compter principalement sur les recettes fiscales provenant de secteurs qui sont difficiles à réglementer. Toutefois, afin de favoriser l'équité dans le financement de la santé par l'impôt, et étant donné l'ampleur des gains de recettes possibles, les États devraient s'efforcer d'étendre la collecte de l'impôt aux entreprises du secteur informel, sous réserve que ces entreprises bénéficient alors des services de l'État et autres avantages liés au statut d'entité imposable.

2. Financement international

22. En vertu du droit à la santé, les États sont tenus de coopérer sur le plan international en vue d'assurer la disponibilité d'un financement international suffisant des systèmes de santé. L'assistance internationale est l'une des principales sources de financement des systèmes de santé dans bon nombre de pays en développement, qui n'ont pas en interne suffisamment de fonds et autres ressources au regard de leurs besoins en matière de santé et sont donc largement tributaires de l'assistance internationale. Par ailleurs, étant donné le niveau et le rythme de développement de certains des pays à faible revenu, ces derniers ne pourront pas collecter en interne des fonds suffisants pour pourvoir à leurs besoins en matière de santé dans l'avenir proche. La réalisation du droit à la santé dans le monde en développement est donc également tributaire de la disponibilité d'un financement international durable de la santé, qui nécessiterait en définitive un régime obligatoire établi par traité et fondé sur le principe de la solidarité mondiale.

23. Les pratiques existantes en matière de financement international posent un certain nombre de problèmes. Les États et institutions multilatérales donateurs, les institutions financières internationales et autres bailleurs de fonds continuent d'avoir recours à des pratiques qui compromettent la pleine réalisation du droit à la santé. Dans bien des cas, les bailleurs de fonds n'orientent pas leurs activités vers la satisfaction des besoins en matière de santé des pays bénéficiaires et l'aide directe au développement de leur système de santé, n'intègrent pas suffisamment à leurs

¹⁶ Allison Christians, « Fair Taxation as a Basic Human Right » (Une fiscalité juste en tant que droit humain fondamental), *International Review of Constitutionalism*, University of Wisconsin Legal Studies Research Paper No. 1066 (novembre 2009), p. 20

¹⁷ International Tax Compact, *Addressing tax evasion and tax avoidance in developing countries* (Le problème de la fraude et de l'évasion fiscales dans les pays en développement); (Eschborn, Allemagne, décembre 2010).

¹⁸ Ibid.

activités les apports des communautés affectées et imposent des conditionnalités au financement de la santé.

24. Les bailleurs de fonds internationaux devraient s'assurer que leurs activités respectent le droit à la santé. Il conviendrait donc que ces activités soient directement consacrées à pourvoir aux besoins internes en matière de santé et à favoriser le développement d'interventions et de systèmes de santé pouvant devenir autonomes dans la durée. À cette fin, les donateurs devraient intégrer à leurs activités la participation de la société civile et des communautés affectées pour faire en sorte que les interventions sanitaires soient réactives, durables et conformes au droit à la santé. Les donateurs devraient en outre s'abstenir d'assortir de conditionnalités pernicieuses le bénéfice de l'assistance internationale.

25. Les donateurs internationaux ont tendance à privilégier les interventions à court terme portant sur des problèmes sanitaires bien circonscris, sans accorder une attention suffisante au renforcement des systèmes de santé¹⁹. Il en est résulté dans de nombreux pays une dépendance excessive à l'égard du financement international et un sous-développement des systèmes de santé nationaux, qui sont alors dans bien des cas incapables de pourvoir ne serait-ce qu'aux besoins sanitaires de base sans l'aide internationale. Par ailleurs, les États qui sont ainsi devenus excessivement tributaires du financement international de la santé risquent d'être moins enclins à accorder la priorité à la santé dans leur propre budget, facteur critique pour la viabilité à long terme des systèmes de santé nationaux.

26. En matière de santé, de nombreux pays à faible revenu manquent de fonds et autres ressources en termes absolus. D'autres États peuvent connaître parfois de graves pénuries de ressources qui imposent le recours à un financement international. Or, dans bien des cas, même des pays à faible revenu pourraient mobiliser pour la santé davantage de fonds que ce que permet leur échelle de priorités budgétaires actuelle. Qui plus est, certains pays possèdent suffisamment de ressources mais n'ont simplement pas mobilisé et affecté équitablement des fonds suffisants en matière de santé. Le droit à la santé exige certes des États qu'ils coopèrent sur le plan international pour assurer la disponibilité d'un financement international durable de la santé mais les pays bénéficiaires de ce financement devraient également prendre toutes les mesures possibles pour assurer leur autosuffisance en ressources et éviter ainsi une dépendance excessive à l'égard de l'assistance financière internationale.

27. L'assistance internationale est souvent assortie de conditions imposant aux pays bénéficiaires des politiques conformes aux intérêts sociaux, politiques ou économiques des donateurs et à leurs idéologies. L'aide assortie de conditions peut exiger des pays bénéficiaires qu'ils appliquent telle ou telle stratégie de la santé qui a les faveurs des donateurs s'ils veulent obtenir les fonds en question. Or, les stratégies inspirées par les donateurs ne coïncident pas nécessairement avec les besoins en matière de santé des bénéficiaires et peuvent même biaiser les priorités sanitaires de ce dernier²⁰. À titre d'exemple, les fonds qu'un donateur réserve aux

¹⁹ P. Prakongsai et al., « Can earmarking mobilize and sustain resources to the health sector » (Est-ce que l'affectation d'office peut mobiliser durablement des ressources pour le secteur de la santé?), *Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé.*, vol. 86, N° 11 (Genève, novembre 2010), p. 898).

²⁰ Gorik Ooms et al., « Financing the Millennium Development Goals for health and beyond: sustaining the 'Big Push' » (Le financement des objectifs du Millénaire pour le développement

seuls programmes qui excluent toute solution autre que l'abstinence dans des pays touchés par le sida servent à faire la promotion des bienfaits de l'abstinence sexuelle avant le mariage mais imposent aussi de passer sous silence des informations précieuses sur les bienfaits en matière de santé des préservatifs et de la contraception, en partant du principe que ce serait contraire au message de l'abstinence²¹. Des études sur le sujet ont permis de constater que les programmes axés sur la seule abstinence sont inefficaces pour ce qui est de prévenir le VIH et que le silence imposé quant aux contraceptifs accroît les risques de grossesse et d'infections sexuellement transmissibles chez les jeunes²².

28. Un autre fonds d'assistance bilatéral qui se consacre à la lutte contre le VIH/sida ne verse pas de fonds aux organisations qui n'ont pas une politique expressément opposée aux professions du sexe²³. Or, les travailleurs du sexe font partie des groupes les plus en situation de risque s'agissant du VIH et ont joué un rôle capital dans la lutte contre la transmission du virus. Ils doivent donc être pleinement intégrés à tous les efforts de prévention du VIH pour que les interventions soient réactives, durables et conformes au droit à la santé. Il conviendrait donc que les pays donateurs ne soient pas guidés par des idéologies sociales, politiques ou économiques lorsqu'ils élaborent et exécutent leurs interventions en matière de santé. Conformément au droit à la santé, les donateurs devraient s'employer à mettre en œuvre les stratégies sanitaires disponibles les plus efficaces au regard des besoins du pays bénéficiaire tel qu'ils sont formulés par les parties prenantes locales.

29. Dans bien des cas, par suite des conditions macro-économiques dont sont assortis les prêts des institutions financières internationales, l'assistance internationale au secteur de la santé ne se traduit pas par une augmentation de la dépense publique dans ce secteur et est plutôt utilisée par l'État pour accroître ses réserves²⁴. Selon des études sur le sujet, un dollar supplémentaire d'aide à la santé n'ajoute que 0,37 dollars environ au budget de la santé dans les pays bénéficiaires, et moins de 0,01 dollars dans les pays conseillés par le Fonds monétaire international²⁵. On peut citer l'exemple d'un pays qui, pour atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement relatifs à la santé, devrait accroître ses recettes totales de 20 % et affecter 15 % de ce surcroît de recettes à la santé²⁶. Mais les conditions des prêts macro-économiques qu'il avait obtenus imposaient au Ministère de la santé de geler toute augmentation de son budget²⁶. Des restrictions de cette nature concernant les dépenses de santé de l'État empiètent sur le droit à la santé

relatifs à la santé et au-delà: ne pas relâcher le grand effort), *Globalization and Health*, vol. 6, issue 17 (octobre 2010), p. 3.

²¹ Elaine Murphy et al., « Was the "ABC" Approach (Abstinence, Being Faithful, Using Condoms) Responsible for Uganda's Decline in HIV? » (Est ce que l'approche fondée sur l'abstinence, la fidélité et l'utilisation de préservatifs est à l'origine du recul du VIH en Ouganda), *PLoS Medicine*, vol. 3, N° 9 (septembre 2009), p. 1445.

²² Heather Boonstra, « Advancing Sexuality Education in Developing Countries: Evidence and Implications » (Promouvoir l'éducation sexuelle dans les pays en développement: constats et conséquences), *Guttmacher Policy Review*, vol. 14, N° 3, p. 19.

²³ Voir note 21.

²⁴ Voir note 20.

²⁵ David Stuckler et al., « International Monetary Fund and Aid Displacement » (Le Fonds monétaire international et les pays en développement), *International Journal of Health Services*, vol. 41, N° 1 (2011) p. 67, 70.

²⁶ Gorik Ooms et al., *ibid.*, p. 4.

parce qu'elles affectent de manière disproportionnée les populations pauvres, qui sont plus que les autres groupes tributaires de la disponibilité d'équipements, de produits et de services sanitaires publics.

Mutualisation du financement international de la santé

30. Le financement international de la santé n'est ni cohérent ni sûr. Les interventions des donateurs sont souvent fragmentées et mal coordonnées. La question de la sûreté du financement international a été mise en évidence dernièrement par la crise financière mondiale, qui a partiellement contribué à l'annulation de la Série 11 du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme. Le manque de cohérence du financement international de la santé fait courir aux pays lourdement tributaires de l'assistance internationale le risque de graves déficits de financement en période de détérioration de la situation économique mondiale. On peut illustrer la fragmentation des interventions des donateurs par l'exemple d'un pays dans lequel interviennent 50 donateurs, soit 19 qui apportent une aide directe à l'État sous forme de soutien budgétaire et 31 dont l'aide passe par des mécanismes et accords distincts sans lien les uns avec les autres²⁷. Mal coordonnées, les interventions des donateurs aboutissent à des doublons dans les dépenses, à une répartition inefficace des fonds et autres ressources et à l'échec des initiatives visant à pourvoir efficacement aux besoins sanitaires du pays.

31. Afin de coopérer à la mise en place du financement durable des soins de santé requis en vertu du droit à la santé, les États devraient mutualiser les fonds correspondants à l'échelle internationale. La coopération internationale sous forme d'un pool mondial unique ou de pools multiples coordonnées faciliterait les subventions croisées entre systèmes de santé dans les pays en développement et permettrait de coordonner les activités des donateurs dans les pays bénéficiaires. La coopération internationale sous la forme d'une mutualisation à l'échelle mondiale des fonds consacrés à la santé est une nécessité vitale à l'heure actuelle pour pouvoir prendre en charge le fardeau mondial des maladies et favoriser le développement de systèmes de santé nationaux durables.

32. Le Fonds mondial et la Conférence des Nations Unies sur le commerce et le développement (CNUCED) sont deux exemples de réussite en matière de mutualisation mondiale produisant des effets positifs importants dans la lutte globale contre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme. Ces deux entités ont collecté et mutualisé des sommes importantes provenant de pays donateurs ou de mécanismes de financement novateurs et ont affecté ces fonds et autres ressources en fonction des besoins²⁸. Dans le cadre des programmes financés par le Fonds mondial, 3,3 millions de personnes vivant avec le VIH ont bénéficié de traitements antirétroviraux au cours de la seule année 2011²⁹ et 9,3 millions de cas de frottis

²⁷ Karen McColl, « Europe Told to Deliver More Aid for Health » (L'Europe est appelée à faire davantage en matière d'aide à la santé), *The Lancet*, vol. 371, No. 9630 (2008), p. 2073.

²⁸ Voir Nations Unies, *Innovative Financing for Development*, The I-8 Group Leading Innovative Financing for Equity (Financement novateur pour le développement: Le Groupe I-8 en tête pour le financement novateurs en faveur de l'équité), (New York, 2009).

²⁹ Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, Fiche de résultats du Fonds mondial, Fin-2011 (2011), p. 1.

positif pour la tuberculose ont été dépistés et traités entre 2010 et 2012³⁰. UNITAID a fourni un traitement adapté à 400 000 enfants vivant avec le VIH et 46 millions de traitements utilisant des combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine ont été fournis à des personnes qui achetaient pour la première fois des antipaludiques³¹. Par ailleurs, contrairement à l'aide et l'assistance bilatérales provenant des institutions financières internationales, le Fonds mondial et UNITAID ont supprimé les conditionnalités et augmenté le niveau de transparence des activités et de participation des parties prenantes aux processus de financement et aux activités de programme conformément à l'approche du financement de la santé fondée sur le droit à la santé³².

33. Pour faire évoluer à l'échelle mondiale la logique profonde de l'assistance internationale en matière de santé et passer d'un régime caritatif reposant sur des donateurs à un système obligatoire fondé sur le principe de la solidarité, il faudrait des mécanismes mondiaux de mutualisation adossés à des traités internationaux ou régionaux en vertu desquels les États contracteraient l'obligation de contribuer aux pools de ressources en fonction de leur capacité de payer et grâce auxquels les fonds seraient affectés en fonction des besoins. Ce changement de paradigme est une nécessité si l'on veut assurer la disponibilité du financement international durable requis en vertu du droit à la santé. Afin de favoriser l'implication et la responsabilisation de tous à l'intérieur de ce régime, chaque pays contribuerait au fonds quel que soit son niveau de revenu et tout les processus de financement et de programmation doivent être transparents et ouverts à la participation active et informée de la société civile et des communautés affectées. Afin de réaliser le droit à la santé à l'échelle mondiale, les États devraient donc prendre toutes les mesures voulues pour élaborer des mécanismes mondiaux de mutualisation adossés à des traités, comportant des contributions obligatoires selon un barème progressif, assurant la répartition des fonds en fonction des besoins et animés par des processus transparents et participatifs.

B. Mutualisation du financement interne de la santé

34. Le droit à la santé impose aux États de veiller à ce que des équipements, produits et services sanitaires de qualité soient accessibles à tous sans discrimination. Pour respecter et accomplir le droit à la santé, les États devraient éliminer tous les obstacles financiers qui entravent l'accès aux soins de santé. En conséquence, le droit à la santé exige des États qu'ils veillent à ce que la décision individuelle d'acquiescer ou non des produits ou services sanitaires nécessaires ne soit pas affectée par la capacité individuelle de payer lesdits produits ou services. Les systèmes de santé financés par prépaiement, sous forme de taxes ou de régimes d'assurance obligatoire, réduisent les obstacles financiers par la mutualisation des fonds collectés préalablement à l'acte de soins. La mutualisation est une méthode

³⁰ Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, communiqués de presse: Le bilan du Fonds mondial montre de larges gains dans la lutte contre le VIH, 23 juillet 2012, disponible à l'adresse www.theglobalfund.org/en/mediacenter/newsreleases/.

³¹ UNITAID, *Rapport annuel 2011*, (OMS, décembre 2011). Disponible à l'adresse www.unitaid.eu/images/Annual_Report_2011/UNITAID_AR2011_EN.pdf.

³² Gian Luca Burci, « Public/Private Partnerships in the Public Health Sector » (Partenariats publics dans le secteur de la santé publique), *International Organizations Law Review*, vol. 6 (2009), p. 359-382.

qui permet d'accumuler les fonds consacrés à la santé et de les gérer de manière à répartir les risques financiers liés à la maladie sur l'ensemble des membres du pool pendant une période donnée³³. La mutualisation favorise un financement équitable des soins de santé en facilitant les subventions croisées entre membres du pool, des bien portants vers les malades et des riches vers les pauvres tout au long du cycle de vie de chaque membre. La mutualisation est aussi un facteur de plus grande efficacité parce qu'elle favorise une répartition plus équitable des améliorations de l'état de la santé entre les populations³⁴ et prémunit contre les risques liés aux incertitudes quant à la santé et à la capacité de paiement futures³⁵.

35. Le principal obstacle financier à l'accès aux soins de santé dans la plupart des pays est constitué par le paiement à l'acte, c'est-à-dire la somme que l'utilisateur paye pour des produits ou services sanitaires au moment où il les obtient. En 2007, dans 33 pays pour la plupart à faible revenu, le paiement à l'acte représentait plus de 50 % du total des dépenses de santé³⁶. Le paiement à l'acte peut aussi représenter une catastrophe financière pour l'utilisateur³⁷. Chaque année près de 100 millions de personnes, dans des pays pour la plupart à faible revenu, sont rejetées dans la pauvreté par des dépenses de soins de santé excessives ou catastrophiques³⁸. Le droit à la santé exige au minimum des États qu'ils réduisent le paiement à l'acte ou le suppriment lorsqu'il a des répercussions disproportionnées sur les pauvres. La mutualisation des prépaiements pour les produits et services sanitaires réduit le montant du paiement à l'acte pour tous les usagers et peut permettre de le supprimer pour les plus pauvres³⁹. La mutualisation prémunit donc les usagers contre les soins à effets financiers catastrophiques grâce à la couverture croisée des risques financiers liés aux dépenses de santé.

36. Les systèmes à payeur unique et couverture unique du risque ou à payeurs multiples et couvertures multiples des risques réduisent les obstacles à l'accès aux équipements, produits et services sanitaires, comme l'exige l'approche fondée sur le droit à la santé. Dans les systèmes à payeur unique, une seule organisation collecte et mutualise les fonds et achète les services pour l'ensemble de la population. Dans la plupart des cas, tous les membres du pool adhérents du système ont accès aux

³³ OMS, *Rapport sur la santé dans le monde 2000*, Pour un système de santé plus performant, (Genève 2000). P.99.

³⁴ Peter Smith et Sophie Witter, « Risk Pooling in Health Care Financing: The Implications for Health System Performance » (Mutualisation des risques dans le financement des soins de santé : incidences sur la performance des systèmes), document de séance sur la santé, la nutrition et la population, (Washington, Banque mondiale, 2004), p. 4

³⁵ Chris James et William Savedoff, « Risk pooling and redistribution in health care: an empirical analysis of attitudes toward solidarity » (Mutualisation des risques et redistributions en matière de soins de santé : une analyse empirique des attitudes à l'égard de la solidarité), *Rapport sur la santé dans le monde 2010*, document de travail, No. 5, disponible à l'adresse www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/

³⁶ OMS, *Rapport sur la santé dans le monde* « Financement des systèmes de santé: le chemin vers une couverture universelle », (Genève, 2010), p. 12.

³⁷ Ke Xu et al., « Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis » (Dépenses de santé catastrophiques des ménages: une analyse multipays), *The Lancet*, vol. 362, N° 9378 (juillet 2003), p. 111 à 17.

³⁸ OMS, *Rapport sur la santé dans le monde*, « Financement des systèmes de santé: le chemin vers une couverture universelle », p.8.

³⁹ Margaret Kruk et al., « Borrowing And Selling To Pay For Health Care In Low- And Middle-Income Countries » (Emprunter et vendre pour payer des frais de soins de santé dans les pays à revenu faible ou intermédiaire), *Health Affairs*, vol. 28, N° 4 (2009), p 1056, 1063.

mêmes produits et services sanitaires⁴⁰. En raison de son aptitude à produire et collecter des fonds, par des mécanismes tels que la fiscalité et l'affiliation obligatoire d'un grand nombre de personnes, c'est l'État qui dans la plupart des cas administre le pool et achète les produits et services sanitaires dans les systèmes à payeur unique. La couverture unique des risques favorise l'accès équitable aux équipements, produits et services sanitaires conformément à l'approche fondée sur le droit à la santé en permettant une couverture croisée plus ample que dans les systèmes à mutualisation plus réduite et fragmentée. Les systèmes à payeurs uniques sont donc plus efficaces pour ce qui est de promouvoir l'accès universel aux équipements, produits et services sanitaires, de réduire le paiement à l'acte est de prémunir les usagers contre les dépenses de santé catastrophiques.

37. Les prestataires de service de santé privés peuvent aussi opérer parallèlement au système à payeur unique. Des hôpitaux et médecins privés peuvent être autorisés à ne pas s'affilier au système à financement public et à percevoir des redevances privées versées par les patients. Le système public peut alors se retrouver en état de sous-financement, si des usagers sont exonérés des contributions au système, et en état de sous-effectifs, si de nombreux membres du personnel de santé quittent le système public pour de meilleures rémunérations dans le secteur privé. La qualité d'ensemble des équipements, produits et services sanitaires publics peut alors en pâtir. Les pauvres et autres groupes qui ne peuvent pas renoncer au système public, faute d'avoir les moyens de payer les soins privés, sont alors les plus durement touchés. L'existence d'un système de santé privé parallèle peut donc aboutir à des empiètements sur le droit à la santé par ce qu'elle peut réduire l'accessibilité et la qualité générales des équipements, produits et services sanitaires dans le secteur public.

38. À la différence des systèmes à payeur unique, les systèmes à payeurs multiples comprennent en général plusieurs pools d'assurance exploités par des assureurs privés qui se font concurrence mais n'excluent pas la possibilité de programmes d'assurance gérés par l'État. L'existence de pools multiples permet aux assureurs d'offrir des lots de produits et de services sanitaires plus spécifiquement adaptés aux besoins des différents groupes. Dans les systèmes à payeurs multiples, les assureurs collectent des fonds par le biais de mécanismes de contribution tels que les primes d'assurance. Les primes d'assurance peuvent toutefois avoir un effet régressif, donc inéquitable, si elles reposent non pas sur la capacité de payer mais sur les risques sanitaires de chacun. L'indexation des primes sur les risques peut aussi aboutir à une contre-sélection consistant pour les assureurs à trier les candidats de manière à exclure les personnes à risque élevé⁴¹. Cette contre-sélection finit par exclure des pools d'assurance les pauvres et les personnes ayant des antécédents médicaux et aboutit à des pools plus restreints et moins divers, ce qui affaiblit les effets de la

⁴⁰ Gerald F. Anderson et Peter Hussey, *Special Issues with Single Payer Health Insurance Systems* (Problèmes particuliers inhérents aux systèmes d'assurance-maladie à payeur unique), Health, Nutrition and Population (HNP), document de travail du Réseau de développement humain (Banque mondiale, 2004), p. 28.

⁴¹ Elias Mossialos et Sarah Thomson, *Voluntary health insurance in the European Union* (L'assurance-maladie volontaire dans l'Union européenne), Observatoire européen des systèmes et politiques de santé (Belgique, OMS, 2004), p. 107, 108.

couverture croisée des risques sanitaires⁴². Les primes et pratiques à caractère régressif qui débouchent sur la contre-sélection violent le droit à la santé, dans la mesure où elles introduisent une discrimination contre les groupes vulnérables ou marginalisés et réduisent de manière générale l'accès aux équipements, produits et services sanitaires de qualité.

39. Afin d'atténuer les effets négatifs des primes régressives et de la contre-sélection dans le système à payeurs multiples, l'affiliation aux pools d'assurance-maladie devrait être obligatoire. L'affiliation obligatoire assure la couverture universelle et permet l'utilisation de mécanismes de péréquation ou d'ajustement qui facilitent la couverture croisée des risques entre différents pools. Ainsi, la loi peut obliger dans certaines circonstances à transférer un certain pourcentage des fonds détenus dans des pools à faible risque vers les pools à risque plus élevé⁴³. Les États peuvent aussi réglementer directement les assureurs privés en procédant, entre autres mesures, à la limitation des renseignements qui peuvent être demandés aux futurs membres éventuels, en encadrant le mode de calcul des primes et en interdisant le refus d'affilier les personnes ayant des antécédents médicaux. Les programmes publics d'assurance devraient aussi assurer la couverture des pauvres et autres groupes vulnérables ou marginalisés qui sont exclus des pools privés pour cause d'incapacité de payer, d'antécédents médicaux ou de risque élevé de mauvais état de santé. Ainsi, des personnes employées à des travaux dangereux peuvent se voir refuser une assurance-maladie pour cause de risques sanitaires élevés et les travailleurs occupant des emplois mal rémunérés peuvent ne pas avoir les moyens de payer les fortes primes exigées par les assureurs privés. En vertu du droit à la santé, les États sont tenus de veiller à ce que ces personnes aient accès aux services de soins de santé par le biais d'une assurance-maladie. Cette obligation peut être satisfaite par une réglementation appropriée des assureurs de santé privés, par des subventions au titre des primes d'assurance ou par une offre de programmes d'assurance publics.

40. À une échelle plus circonscrite, les programmes d'assurance-maladie communautaires mutualisent des fonds collectés auprès de membres de petites communautés et utilisent divers mécanismes de financement tels que les caisses de santé communautaires, les mutuelles santé et l'assurance-maladie rurale. Les programmes d'assurance-maladie communautaires peuvent constituer un complément ou un supplément aux systèmes à payeur unique ou à payeurs multiples. Ces programmes existent généralement dans les communautés pauvres et autres communautés vulnérables ou marginalisées et peuvent améliorer l'accès de ces groupes aux équipements, produits et services sanitaires et faciliter la participation des communautés à la prise des décisions qui ont des répercussions sur leur santé⁴⁴.

⁴² Robert Carroll et Phillip Swagel, « The Intersection of Tax and Health Care Policy » (À l'intersection de la fiscalité et des soins de santé), *National Tax Journal*, vol. LXII, No. 3 (Washington, 2009), p. 568.

⁴³ Naoki Ikegami et John Campbell, « Medical Care in Japan » (Les soins médicaux au Japon), *The New England Journal of Medicine*, vol. 333, No 19 (1995), p. 1295-99.

⁴⁴ Voir Werner Soors et al., « Community health insurance and Universal coverage: Multiple paths many rivers to cross » (Assurance-maladie communautaire et couverture universelle: chemins multiples et rives à atteindre), *Rapport sur la santé dans le monde 2010*, document de travail N° 48 (Genève, 2010).

41. Il arrive toutefois que les programmes d'assurance-maladie communautaires ne parviennent pas à établir une couverture croisée effective en raison de la taille et de la composition des pools communautaires. Dans la plupart des cas, les pools communautaires sont de très petite taille et regroupent des personnes pauvres à fort risque de maladie; les risques financiers et sanitaires peuvent donc ne pas être efficacement couverts pour tous les membres. L'on a aussi pu constater que les cotisations à l'assurance-maladie communautaire peuvent dans certains cas avoir un caractère régressif, en ce sens qu'elles correspondent à des montants forfaitaires ou indexés sur le revenu et où il est difficile de consentir des exonérations aux personnes pauvres en raison de la difficulté de déterminer les revenus des ménages⁴⁵. Par ailleurs, les coûts afférents à la collecte des cotisations auprès des populations dans les zones rurales et les zones urbaines relevant du secteur informel peuvent être élevés par rapport aux recettes produites par ces cotisations. De ce fait, même si dans certains cas les programmes d'assurance communautaires peuvent servir à améliorer l'accès des groupes pauvres et marginalisés aux équipements, produits et services sanitaires et faciliter la participation des communautés aux processus de prise des décisions en matière de santé, ils ne sauraient se substituer aux programmes de mutualisation centralisés et plus importants.

Assurance-maladie de la sécurité sociale

42. L'assurance-maladie de la sécurité sociale est un mécanisme de mutualisation financé par des prépaiements obligatoires, sous forme de cotisations collectées au niveau des individus ou des collectivités, complétés par la fiscalité. Les programmes de ce type sont généralement administrés par l'État, qui utilise ces fonds collectés sous forme de cotisations obligatoires ou provenant de recettes fiscales pour payer les produits et services sanitaires pour le compte des assurés. À la différence des mécanismes de mutualisation assis sur des pools plus petits et fragmentés, les programmes d'assurance maladie de la sécurité sociale constituent des pools suffisamment plus grands, grâce aux cotisations obligatoires, pour faciliter une couverture croisée effective des risques financiers et sanitaires au sein de populations nombreuses⁴⁶. L'assurance-maladie de la sécurité sociale accroît donc l'utilisation des équipements, produits et services sanitaires et l'équité d'accès dans ce domaine et confère aux pauvres une protection financière plus importante⁴⁷. Elle peut relever de systèmes à payeur unique, qui favorisent généralement l'efficacité des dépenses de santé et la réduction des frais administratifs, ou des systèmes à payeurs multiples, qui favorisent la concurrence et permettent à d'autres entités d'acheter des services sanitaires. Les programmes d'assurance-maladie de la sécurité sociale constituent donc un exemple de mécanisme de mutualisation qui favorise la réalisation du droit à la santé.

⁴⁵ Voir Anne Mills et al., « Equity in financing and use of health care in Ghana, South Africa, and Tanzania: implications for paths to universal coverage » (L'équité dans le financement et l'utilisation des soins de santé au Ghana, en Afrique du Sud et en Tanzanie: incidences quant aux voies menant à la couverture universelle), *The Lancet*, vol. 380, No 9837 (2012) p.126-133.

⁴⁶ Pablo Gottret et George Schieber, « Health Financing Revisited: A Practitioner's Guide » (Nouveau regard sur le financement de la santé: guide du praticien), (Banque mondiale, Washington, D.C., 2006) p. 58-59.

⁴⁷ Comité régional pour la Méditerranée orientale: « Technical document: The impact of health expenditure on households and options for alternative financing » (Incidences des dépenses de santé sur les ménages et possibilités de financement alternatif), (OMS, 2004), p. 9.

43. Les programmes d'assurance-maladie de la sécurité sociale doivent être financés par des cotisations obligatoires prépayées de façon à réaliser l'accès de tous à des équipements, produits et services sanitaires de qualité et une couverture croisée efficace des risques financiers et sanitaires. Les dispositifs à cotisations volontaires peuvent aider à collecter des fonds en l'absence d'un système à paiement généralisé, et cette mutualisation initie les individus aux avantages de l'assurance, si bien que ces dispositifs peuvent servir de mécanismes intermédiaires et faciliter la transition vers un dispositif plus ouvert à cotisations obligatoires, mais ils n'accroissent pas nécessairement le taux de couverture par les programmes d'assurance, par ce que les cotisations ne sont pas obligatoires. À la différence des systèmes à cotisations volontaires, les régimes à cotisations obligatoires empêchent les riches et les bien portants de s'abstenir de participer au système et le pool de se rétrécir au détriment des adhérents plus pauvres et malades. Les régimes obligatoires empêchent aussi que des personnes n'adhèrent au système que lorsqu'elles ont besoin de soins⁴⁸. Les cotisations volontaires peuvent aider à collecter des fonds en l'absence d'un paiement généralisé et cette mutualisation initie les individus aux avantages de l'assurance et sert de mécanisme intermédiaire de financement qui facilite la transition vers un régime plus ouvert à cotisations obligatoires⁴⁸, mais il n'augmente pas nécessairement le taux de couverture des programmes, parce que les cotisations ne sont pas obligatoires. Les régimes volontaires ne sont donc pas efficaces s'agissant d'améliorer l'accès des pauvres aux équipements, biens et services sanitaires parce qu'ils ne suscitent pas la constitution de pools suffisamment importants pour faciliter une couverture croisée efficace.

44. Dans l'approche fondée sur le droit à la santé, la configuration et la portée des programmes d'assurance-maladie de la sécurité sociale doivent être structurée par les besoins en matière de santé, les moyens financiers et la situation en matière d'emploi des populations visées. Ces programmes doivent donc veiller à ce qu'un ensemble minimum de biens et services sanitaires soit disponible et accessible à tous en fonction des besoins de chacun. Les prestations doivent être adaptées au fardeau de la maladie et aux besoins sanitaires de la population, comporter des services de soins de santé primaires efficaces et axés sur les communautés, couvrant les besoins particuliers de chacune d'entre elles, et inclure des produits médicaux et médicaments génériques essentiels de manière à assurer l'accès à des médicaments sûrs, efficaces et abordables, conformément au droit à la santé. Les régimes à cotisations doivent être conçus de manière à assurer l'accès de tous à des équipements, produits et services sanitaires de qualité. Les mécanismes conçus pour freiner les dépenses du programme en limitant les adhésions, par le plafonnement du pourcentage de personnes pouvant bénéficier d'une exonération complète par exemple, doivent cadrer avec les réalités de la pauvreté et de la capacité de payer⁴⁹. L'approche fondée sur le droit à la santé exige donc qu'au minimum, les cotisations aient une structure progressive et soient fondées sur la capacité individuelle de payer, et que le programme puisse accorder des exonérations complètes aux pauvres.

⁴⁸ OMS, *Rapport sur la santé dans le monde 2010* : « Financement des systèmes de santé: Le chemin vers une couverture universelle », p.88-89.

⁴⁹ Voir Patrick Apoya et Anna Marriot, « Achieving a Shared Goal: Free Universal Health Care in Ghana » (Atteindre un but partagé: des soins de santé gratuits pour tous au Ghana), (Oxfam International, March 2011).

45. les programmes d'assurance-maladie de la sécurité sociale reposent souvent sur des cotisations obligatoires prélevées sur les salaires et peuvent passer à côté des personnes dont les revenus ne sont pas officiellement déclarés ni aisément déterminés, s'agissant par exemple des travailleurs du secteur informel, des personnes travaillant à leur propre compte et des personnes travaillant dans des zones rurales et isolées. Ainsi, les travailleurs du secteur informel qui rempliraient les conditions requises pour bénéficier d'une exonération totale ou partielle de cotisations sont très difficiles, voire impossible, à identifier dans les programmes a cotisations obligatoires prélevées sur les salaires et risquent donc de ne pas y être affiliés. Ces personnes risquent de ne pas avoir accès à des équipements, produits et services sanitaires de qualité lorsqu'ils n'ont pas les moyens de payer à l'acte. En vertu de l'approche fondée sur le droit à la santé, les États devraient adopter des stratégies innovantes pour inclure le secteur informel dans les programmes d'assurance-maladie de la sécurité sociale. À titre d'exemple, on a pu constater que le recours à des associations qui représentent tel ou tel groupe de travailleurs auprès desquels il collecte des fonds et les verse au fisc permet d'accroître la participation des employés du secteur informel à des régimes de prestations officiels⁵⁰.

C. Affectation des fonds et autres ressources consacrés à la santé

46. L'approche fondée sur le droit à la santé exige une répartition des fonds et autres ressources consacrés à la santé qui soit équitable et propre à assurer l'accès de tous à des équipements, produits et services sanitaires de qualité, dans le respect du principe de non-discrimination. Dans toute décision de répartition, une attention particulière doit être accordée aux besoins des groupes vulnérables ou marginalisés, c'est-à-dire, entre autres, les groupes ethniques, raciaux, religieux et sexuels minoritaires, les femmes, les enfants et les pauvres. L'amélioration des résultats sanitaires d'ensemble et l'efficacité accrue des systèmes de santé sont le fruit de l'élimination des inégalités d'accès aux équipements, produits et services sanitaires⁵¹. Les États devraient donc répartir les fonds et autres ressources consacrés à la santé de telle manière que les équipements, produits et services sanitaires de qualité soient financièrement accessibles aux pauvres, physiquement accessibles aux populations rurales ou isolées et structurellement adaptés aux besoins de tous en soins de santé primaire plutôt qu'aux besoins de quelques-uns en soins spécialisés.

Secteurs primaire, secondaire et tertiaire des soins de santé

47. Selon l'approche fondée sur le droit à la santé, pour fournir des équipements, produits et services sanitaires à tous sans discrimination, les États devraient veiller à ce que la répartition des fonds et autres ressources entre les secteurs des soins de santé primaires, secondaires et tertiaires soit équitable et efficace, l'accent étant plus

⁵⁰ Anuradha Joshi et Joseph Ayee, « Associational taxation: a pathway into the informal sector » (Fiscalité associative: une voie d'accès au secteur informel?), *Taxation and State-Building in Developing Countries: Capacity and Consent* (Fiscalité et édification de l'État dans les pays en développement: capacité et consentement), dir. publ. Deborah Brautigam, Odd-Helge Fjeldstad et Mick Moore, Cambridge University Press (2008), p. 186.

⁵¹ OMS, « Primary health care as a strategy for achieving equitable care » (Les soins de santé primaires comme stratégie vers des soins équitables), document de réflexion établi pour le réseau Health Systems Knowledge Network, (Genève, 2007), p. 21.

particulièrement mis sur les soins primaires. Par soins de santé primaires, on entend des soins de santé essentiels et préventifs, accessibles à tous dans la communauté, à un coût abordable pour tous les membres de celle-ci⁵². À la différence des soins de santé primaires, les services de soins de santé secondaires et tertiaires concernent généralement des maladies qui ne peuvent pas être prises en charge au niveau communautaire et sont habituellement assurés par des médecins et autres personnels de santé spécialisés, dans des lieux tels que les hôpitaux, à un coût relativement plus élevé, et nécessitent du matériel spécial et, parfois, l'hospitalisation du patient.

48. Les produits et services de soins de santé primaires sont, notamment, les visites médicales périodiques, les tests préventifs, les immunisations et vaccinations, la gestion des maladies chroniques et les services de planification de la famille, de conseil en nutrition, de santé maternelle et d'obstétrique et de conseil en santé mentale, qui tous répondent à des besoins sanitaires de base, pour un coût modique, et rendent moins nécessaire le recours aux soins de santé secondaires et tertiaires. Les services de soins de santé primaires comprennent aussi les services de sensibilisation et d'éducation sanitaires, les campagnes d'assainissement et d'hygiène publique par exemple, qui ont une fonction aussi bien de prévention que de promotion et confèrent aux membres des communautés le pouvoir d'entretenir et d'améliorer leur état de santé par leurs propres moyens.

49. Les produits et services de soins de santé primaires ne nécessitent ni du personnel ayant une formation spécialisée, ni du matériel sophistiqué, ni d'importantes infrastructures physiques. Ils sont dispensés par des médecins, des infirmiers et autres personnels de santé au sein de la communauté, dans de petits dispensaires ou à la maison, donc de façon socialement et culturellement plus acceptable. Ils sont donc aussi plus adaptables sur le plan géographique et moins coûteux à administrer et à utiliser, ce qui rend les produits et services sanitaires plus disponibles aussi bien pour les communautés rurales et isolées que pour les pauvres.

50. Outre qu'elle permet de réaliser une répartition plus équitable des résultats en matière de santé, la priorité accordée aux soins de santé primaires dans la répartition des fonds et autres ressources favorise aussi les gains d'efficacité au sein du système de santé⁵³. Il est aujourd'hui avéré que les soins de santé primaires sont plus rentables sur le long terme, de par leur effet de prévention des maladies et de promotion de la santé en général, ce qui rend moins nécessaire le passage à des niveaux plus avancés de soins curatifs généralement plus coûteux⁵⁴. Les économies produites par l'investissement dans les soins de santé primaires peuvent être réinvesties dans le système de santé et contribuer à améliorer l'accès des pauvres aux soins de santé, créant ainsi un cercle vertueux qui continue d'améliorer les résultats en matière de santé. Un système de santé complet et équilibré doit certes comprendre des services de soins secondaires et tertiaires disponibles et accessibles mais les États devraient néanmoins accorder la priorité aux soins de santé primaires dans la répartition des fonds et autres ressources consacrés à la santé.

⁵² Déclaration d'Alma-Ata, adoptée par la Conférence internationale sur les soins de santé primaires, 1978.

⁵³ OMS, « Primary health care as a strategy for achieving equitable care » (Les soins de santé primaires comme stratégie vers des soins équitables), p. 32.

⁵⁴ OMS, *Rapport sur la santé dans le monde*, « Primary care: Now more than ever before » (Les soins primaires, aujourd'hui plus que jamais), (Geneva, 2008), p. xvii, 42-51.

Zones rurales, isolées et urbaines

51. Afin de réaliser pleinement le droit à la santé et d'obtenir des résultats équitables en la matière, les États doivent axer l'affectation des fonds et autres ressources consacrés à la santé sur la nécessité de faire en sorte que des équipements, produits et services sanitaires de qualité soient disponibles et aisément accessibles pour les populations rurales et isolées. Celles-ci sont de manière générale en moins bonne santé que les populations urbaines, et ce à l'échelle mondiale⁵⁵. Bien des maladies qui auraient pu être empêchées ou traitées sont encore répandues dans les zones rurales et isolées, les taux de mortalité infantile et maternelle y sont plus élevés que dans les villes et les enfants y souffrent davantage de malnutrition⁵⁶. Par ailleurs, les habitants des zones rurales ou isolées doivent souvent effectuer des trajets longs et difficiles et dépenser beaucoup d'argent pour accéder à des soins de santé indisponibles dans leur communauté faute d'investissements dans l'infrastructure physique de la santé dans ces zones⁵⁷.

52. À titre d'exemple, le droit à la santé impose aux États de prendre des mesures propres à améliorer la santé maternelle et à réduire la mortalité maternelle mais, parce que les fonds et autres ressources affectés aux zones rurales ou isolées sont insuffisants, les services de santé maternelle, les personnels de santé qualifiés dans ce domaine et les équipements sanitaires de qualité sont souvent inexistantes dans ces zones⁵⁸. Les femmes sont donc privées d'accès aux services de soins de santé maternelle dans leur communauté et doivent parcourir de très longues distances et engager des frais importants pour se faire soigner. De ce fait, le taux de naissances vivantes en présence d'un personnel de santé qualifié chez les femmes des zones rurales et isolées⁵⁸ sont plus faibles que chez les femmes des zones urbaines, et les taux de mortalité et de morbidité maternelles plus élevés⁵⁹.

53. Le droit à la santé exige aussi des États qu'ils veillent à ce que des équipements, produits et services sanitaires de qualité soient disponibles et accessibles de manière non discriminatoire. Dans nombre de pays, les populations rurales ou isolées sont dans une large mesure composées de groupes vulnérables ou marginalisés tels que les pauvres, les minorités ethniques et raciales et les populations autochtones⁶⁰. Ces groupes sont souvent déjà en butte à des difficultés d'accès aux soins de santé faute d'avoir les moyens sociaux et politiques de contester la répartition inéquitable des fonds publics⁶¹. La répartition inéquitable des fonds et autres ressources consacrés à la santé entre les zones rurales ou isolées et les zones urbaines peut alors instaurer dans le système de santé une

⁵⁵ OMS, « Inéquités dans les soins de santé et les événements sanitaires » (2008), p. 92-95.

⁵⁶ Organisation panaméricaine de la santé, *Health in the Americas* vol.1 (Washington, D.C., 2007), p. 58, 60, 62.

⁵⁷ Mandy Leveratt, « Rural and Remote Australia - Equity of access to health care services » (L'Australie rurale et isolée: équité dans l'accès aux services de soins de santé), *The Australian Health Consumer*, N° 2 (2006-2007), p16-17.

⁵⁸ OMS, *Maternal Health: Investing in the Lifeline of Healthy Societies & Economies* (Santé maternelle : investir pour la survie de sociétés et d'économies saines), (septembre 2010), p. 10.

⁵⁹ OMS, « Making Pregnancy Safer », *Maternal Mortality Factsheet* (De grandes avancées pour une grossesse à moindre risque), (Genève 2008).

⁶⁰ Conseil des droits de l'homme, « Étude finale du Comité consultatif du Conseil des droits de l'homme sur la promotion des droits des paysans et autres personnes vivant dans les zones rurales » (A/HRC/75), section IV.

⁶¹ OMS/Commission européenne, *Comment les systèmes de santé peuvent aplanir les inégalités de santé pour une utilisation améliorée des fonds structurels*, (Copenhague, 2010), p. 9-10.

discrimination structurelle contre les groupes vulnérables ou marginalisés qui, à la différence des citoyens, n'ont pas accès à des équipements, produits et services sanitaires de qualité dans leur communauté.

54. La situation des populations autochtones en différentes régions du monde apporte démontre la réalité de ce problème. Dans nombre de pays, les populations autochtones en tant que groupe ont été rendues vulnérables par une pauvreté persistante et une marginalisation politique enracinée dans l'histoire⁶². Ces difficultés sont exacerbées par le fait que les populations autochtones vivent traditionnellement dans des zones rurales ou isolées qui manquent souvent d'infrastructures publiques, y compris d'équipements sanitaires⁶³. De ce fait, dans toutes les régions du monde, les résultats en matière de santé sont moins bons chez les populations autochtones que dans le reste de la population⁶⁴. Ainsi, dans trois pays différents, les populations autochtones connaissent des taux de mortalité infantile 3 fois supérieurs, des taux de suicide 11 fois supérieurs et des taux de mauvaises conditions d'hygiène 7 fois supérieurs au reste de la population⁶⁵. L'approche fondée sur le droit à la santé impose aux États de répartir équitablement les fonds et autres ressources consacrés à la santé entre les zones rurales ou isolées et les zones urbaines, afin de respecter et de réaliser le droit à la santé des groupes vulnérables ou marginalisés vivant dans ces zones.

IV. Conclusion et recommandations

55. L'approche du financement de la santé fondée sur le droit à la santé fournit un cadre qui permet de faire en sorte que la santé bénéficie d'un financement suffisant, équitable et durable. Cette approche couvre trois aspects capitaux du financement de la santé: comment les États veillent à ce que la santé bénéficie de fonds suffisants et d'où proviennent ces fonds; comment ces fonds sont mutualisés; et comment ces fonds et autres ressources sont répartis au sein du système de santé de manière à assurer l'accès de tous à des équipements, produits et services sanitaires de qualité.

56. Le Rapporteur spécial exhorte les États à prendre les mesures suivantes pour faire en sorte que des fonds suffisants soient consacrés à la santé :

a) Mettre en place un système de taxation générale à structure progressive de financement du système de santé ou améliorer la progressivité d'un tel système s'il existe déjà;

b) Veiller à ce que les taxes à la consommation, les taxes sur les ventes et la TVA notamment, n'aient pas un caractère régressif. Il peut falloir pour cela fixer des seuils appropriés en dessous desquels les petites entreprises ne

⁶² Robyn Eversole et al (dir. publ.), *Indigenous Peoples & Poverty: An International Perspective* (Peuples autochtones et pauvreté: une perspective internationale), (Bergen, Comparative Research Programme on Poverty, 2005), p. 69, 128.

⁶³ Banque mondiale, *Indigenous Peoples: Still among the poorest of the poor* (Les peuples autochtones, toujours parmi les plus pauvres des pauvres), (2010), p. 5.

⁶⁴ OMS, *La santé des populations autochtones*, Équipe spéciale santé et droits de l'homme (2011).

⁶⁵ OMS, La santé des populations autochtones, Aide-mémoire no. 326 (2007), disponible à l'adresse www.who.net/healthcare/factsheets/fs326/en/index.html.

seraient pas soumises à cette fiscalité et réduire ou éliminer et les taxes à la consommation de produits de première nécessité;

c) Envisager de réserver une partie du produit de certaines taxes, telles que les taxes 'anti-péché' et la TVA, pour la consacrer aux dépenses de santé;

d) Veiller à ce que les politiques de libéralisation fiscale induites par la concurrence fiscale internationale, notamment les abattements consentis aux investisseurs étrangers et les taux faibles ou nuls de taxation des plus-values du capital, n'entraînent pas une réduction du financement public de la santé;

e) Trouver des moyens de collecter des recettes fiscales auprès des entreprises du secteur informel, sous réserve que celles-ci bénéficient alors des services de l'État et autres avantages inhérents au statut d'entité imposable.

57. Le Rapporteur spécial exhorte les États à prendre les mesures suivantes pour coopérer sur le plan international en vue d'assurer la disponibilité d'un financement international durable des systèmes de santé:

a) Coordonner toutes les activités des donateurs, en y intégrant la participation de la société civile et des communautés affectées, en vue de pourvoir aux besoins nationaux en matière de santé et de promouvoir le développement de systèmes de santé autosuffisants;

b) Élaborer un mécanisme mondial de mutualisation adossé à un traité et prévoyant des contributions obligatoires des États selon un barème progressif, en fonction des besoins et au moyen de processus transparents et participatifs, afin de passer d'un système reposant sur les donateurs à un système de financement international obligatoire.

58. Le Rapporteur spécial exhorte les États à accorder la priorité au financement de la santé dans les budgets nationaux et infranationaux afin d'éviter une dépendance excessive à l'égard du financement international et de promouvoir l'autosuffisance en ressources internes pour la santé.

59. Le Rapporteur spécial exhorte les États à prendre les mesures suivantes pour mutualiser les fonds consacrés à la santé :

a) Mettre en place un système de mutualisation comprenant des prépaiements obligatoires à caractère progressif, tels que des taxes et des cotisations d'assurance, afin de réduire ou d'éliminer le paiement à l'acte des soins de santé et d'assurer l'accès des populations pauvres à des équipements, produits et services sanitaires de qualité;

b) Mettre en place des programmes d'assurance-maladie relevant de la sécurité sociale financés par des cotisations obligatoires à caractère progressif complétées par des recettes fiscales générales et réunissant un pool suffisamment important de cotisants pour favoriser une couverture croisée effective, avec des exonérations complètes pour les pauvres;

c) Veiller à ce que l'affiliation aux programmes d'assurance-maladie de la sécurité sociale couvre toutes les composantes nécessaires de la population, en particulier les groupes vulnérables ou marginalisés, en accordant une attention particulière aux travailleurs du secteur informel;

d) Veiller à ce que les prestations au titre des programmes d'assurance-maladie de la sécurité sociale comportent un ensemble minimum de produits et services sanitaires et soient disponibles et accessibles à tous en fonction des besoins. Cet ensemble de prestations doit :

- i) Être adapté au fardeau de la maladie et aux besoins en matière de santé de la population;
- ii) Inclure des services de soins de santé primaires efficaces axés sur la communauté;
- iii) Inclure les médicaments, génériques compris, essentiels afin d'assurer l'accès à des médicaments sûrs, efficaces et abordables.

60. Le Rapporteur spécial exhorte les États à prendre les mesures suivantes pour répartir équitablement les fonds consacrés à la santé :

a) Assurer une répartition équitable et efficace des fonds et autres ressources consacrés à la santé entre les soins de santé primaires, secondaires et tertiaires, en mettant plus particulièrement l'accent sur les soins de santé primaires;

b) Veiller à ce que des équipements, produits et services sanitaires de qualité soient disponibles et accessibles sans discrimination pour les populations rurales ou isolées, ce qui nécessitera :

- i) Un surcroît d'investissements dans l'infrastructure physique en matière de santé et dans les communautés rurales ou isolées;
- ii) Des mesures d'incitation à l'intention du personnel de santé, notamment des traitements compétitifs, des abattements fiscaux, une rotation des affectations et des avancements de carrière accélérés pour ceux qui veulent travailler dans les zones rurales ou isolées.