



Campagne mondiale pour le droit humain à la santé

Document de réflexion (AVANT-PROJET)

I. Introduction

Suite à la crise économique mondiale, la santé publique a subi de nombreuses attaques sous la forme de mesures d'austérité, partout dans le monde. En règle générale, selon les estimations, les services sociaux et de santé s'élèvent à 5800 milliards USD par an ; il s'agit d'un des plus grands secteurs économiques, qui n'a cessé de croître au cours de la dernière décennie. Les grandes entreprises militent pour la libéralisation des services de santé, ce qui confère un rôle de plus en plus important aux entreprises multinationales. L'accès aux soins est un droit humain et relève de ce fait de la responsabilité des gouvernements et de la société. Les entreprises privées, par nature, privilégient les bénéficiaires et non le bien commun. Après plusieurs décennies de privatisation des services publics, il est temps que les gouvernements prennent leurs responsabilités et organisent les services publics en fonction des besoins des citoyens. La santé est le plus essentiel de tous les services publics et tous les gouvernements doivent la considérer comme une priorité.

Le changement qui s'opère actuellement dans le monde du travail, les réductions de personnel et les coups portés aux droits syndicaux des travailleurs de la santé se sont traduits par de graves lacunes dans les services de santé, qui affectent particulièrement les personnes qui n'ont pas les moyens de payer elles-mêmes ces services. L'ISP et ses affiliés se sont vigoureusement élevés contre cette situation et se sont efforcés de dénoncer ces problèmes et de se mobiliser aux niveaux international, régional et local, dans le but de faire passer les citoyens avant le profit et de lutter pour obtenir une couverture universelle publique de santé.

Nous devons dorénavant réunir nos efforts pour mettre au point une campagne mondiale en faveur du droit humain à la santé, conformément aux résolutions du 29^{ème} Congrès mondial de l'ISP. Le présent document de réflexion est un premier document de discussion qui permettra de lancer la campagne mondiale pour le droit humain à la santé avant le 13 décembre 2016, lors de la réunion du Groupe de travail sur les services sociaux et de santé, qui se tiendra les 12-13 décembre à Genève.

II. Éléments contextuels

« La possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre » a été déclaré droit humain en 1946 au moment de la mise en place de l'Organisation mondiale de la santé. Ce principe figure dans la constitution de nombreux pays. Des améliorations significatives ont été apportées depuis cette déclaration, en particulier dans les pays industrialisés. Cependant, en dépit de plusieurs conventions intergouvernementales sur la couverture universelle en matière de santé, nous sommes encore très loin de garantir le droit humain à la santé pour tous.

Plus d'un milliard de personnes vivent dans la pauvreté et n'ont pas accès à l'eau potable, et 2,6 milliards de citoyens n'ont pas accès à l'assainissement. Les guerres, les conflits internes et le changement climatique continuent de provoquer la mort de milliers d'êtres humains et d'en laisser des millions d'autres dans une détresse extrême. Les personnels de santé se trouvent en première ligne sur le terrain et payent de leur propre vie la lutte contre les catastrophes naturelles, épidémiologiques ou causées par l'homme, dans la mesure où ils travaillent souvent sans protection adaptée ni rémunération suffisante, comme l'ont montré récemment les épidémies d'Ebola, Zika et MERS-CoV.

Nous avons assisté à de gigantesques opérations de privatisation, libéralisation et réduction du financement des services sociaux, motivées par les accords de libre-échange et les conditions requises en échange de « l'aide » et des facilités de crédit proposées par les institutions financières internationales. Toutes ces initiatives s'accompagnent de la promesse que les « marchés » feront mieux que les États parce qu'ils sont soi-disant plus efficaces et moins bureaucratiques. Dans les pays en développement, l'espace politique qui veillait à maintenir ou à améliorer le modeste niveau des services de santé s'est peu à peu réduit sous la pression des programmes d'ajustement structurel des années 1980-1990. Toutefois, il est aujourd'hui reconnu que ces mesures ont entraîné une hausse des inégalités et détérioré la qualité des services de santé. La poursuite de cette politique va réduire à néant les améliorations significatives enregistrées ces dernières décennies au

L'Internationale des services publics (ISP) est une fédération syndicale internationale représentant 20 millions de femmes et d'hommes qui travaillent dans les services publics de 150 pays à travers le monde. L'ISP défend les droits humains et la justice sociale et promeut l'accès universel à des services publics de qualité. L'ISP travaille avec les Nations Unies et en partenariat avec des organisations syndicales et de la société civile et d'autres organisations.

niveau de l'état de santé et de l'espérance de vie, notamment pour la majeure partie de la population des pays en développement.

Du fait du financement insuffisant des services publics de santé, des centaines de millions de pauvres doivent payer eux-mêmes les services de santé. D'après l'OMS, « environ 100 millions de personnes dans le monde passent chaque année sous le seuil de pauvreté en raison de leurs dépenses de santé »¹. Autrement dit, un manque d'accès aux soins de santé élémentaires contribue à aggraver l'inégalité et l'extrême pauvreté dans la société.

Cela indique clairement qu'une couverture universelle *publique* de santé est absolument indispensable pour réaliser le droit humain à la santé. Or, c'est exactement le contraire qui se produit. Au cours des dernières décennies, le secteur social et de santé a été l'un des domaines les plus visés par la restructuration, et l'on note une participation croissante des intérêts privés à *but lucratif* dans la prestation des services de santé, avec un soutien explicite des gouvernements, qui les appellent « réformes de la santé ».

Ce soutien revêt souvent différentes formes de privatisation : partenariats public-privé (PPP), politiques favorables à l'expansion des entreprises transnationales dans la prestation des services de santé et la fabrication de produits pharmaceutiques. Ces réformes de la santé s'inscrivent dans un projet de réformes budgétaires à trois dimensions : contrôles budgétaires systémiques plus stricts, nouvelles priorités en matière d'affectation des ressources des gouvernements motivées par une impression de croissance limitée, amélioration de l'utilisation des ressources, du point de vue d'un État dégraissé (Schick, 1998²).

Néanmoins, l'hypothèse que défendent farouchement les responsables politiques, selon laquelle la prise en charge de la santé par le secteur privé serait plus efficace, ne repose pas sur des observations factuelles. Au contraire, « les comparaisons entre les dépenses totales de santé au niveau national montrent que les pays dans lesquels les frais de santé privés sont plus élevés dépensent davantage pour la santé et obtiennent de moins bons résultats si l'on se réfère aux principaux indicateurs de santé à l'échelle nationale » (Lethbridge, 2014³).

Par ailleurs, en raison des soi-disant réformes fiscales, telles que la baisse du seuil d'imposition ou la mise en place d'impôts forfaitaires, les grandes sociétés privées ne sont pas tenues de payer leur juste part pour contribuer au financement des services publics, mais elles continuent de mettre de côté des milliers de milliards de dollars qui pourraient être utilisés pour financer la couverture universelle publique de santé et de protection sociale (Philips et al, 2016⁴).

Les conséquences sont très « négatives et préjudiciables » pour le secteur social et de santé (Maucher, 2013⁵). Les réductions budgétaires et la mise en place ou l'augmentation des redevances ont entraîné des « effets dévastateurs » sur ces services, aussi bien dans les pays développés que dans les pays en développement. Les baisses de salaire se généralisent et bien souvent, la sécurité de l'emploi, qui était la norme dans ce secteur, n'est plus qu'un mirage. Le secteur de la santé assiste à une hausse des emplois précaires et des conditions d'emploi informelles, en plus des réductions de personnel et du non-remplacement des départs à la retraite, ce qui n'a fait qu'augmenter la charge de travail des personnels de santé, en particulier chez les jeunes travailleurs, et contribué à la dégradation de la qualité des soins de santé. Les employés de santé sont débordés et les patients de plus en plus frustrés, ce qui contribue à accroître le niveau de violence au travail. Les femmes sont les plus durement affectées par ce phénomène.

Le déséquilibre démographique entre l'hémisphère nord et l'hémisphère sud, le manque de planification des besoins de santé et de la formation des personnels de santé, ainsi que les faibles salaires, sont essentiellement à l'origine de la migration des travailleurs de la santé des pays en développement à destination des pays développés. Souvent, les migrants ne connaissent pas leurs droits et, compte tenu du manque de canaux de migration officiels, ils sont victimes du trafic d'êtres humains et se retrouvent en situation d'esclavage, en dépit du code de l'OMS sur le recrutement éthique. La migration des travailleurs sociaux et de santé aggrave fortement des systèmes de santé déjà fragiles et compromet la capacité des pays à faire face aux crises qui surgissent dans le domaine de la santé, comme en témoigne l'important nombre de cas mortels lors de l'épidémie d'Ebola en Afrique de l'Ouest.

La situation dramatique actuelle résulte de choix politiques et elle peut également être inversée par des choix politiques. De nouvelles perspectives peuvent changer complètement la tendance, comme « le renouvellement de l'engagement mondial vis-à-vis de la santé, qui figure dans l'objectif 3.8 de la couverture universelle de santé »⁶ et les recommandations de la Commission de haut niveau des Nations Unies sur l'emploi dans la santé et la croissance économique. Les

¹ <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/fr/>

² Schick, A., 2009, « Budgeting for Fiscal Space », *OECD Journal on Budgeting*, Vol 9/2, OECD Publishing, Paris

³ http://www.world-psi.org/sites/default/files/documents/research/2014_-_financing_health_care_-_psiru_paper.pdf

⁴ <http://ctj.org/pdf/offshoreshellgames2016.pdf>

⁵ http://www.world-psi.org/sites/default/files/documents/research/article-impact-crisis_austerity-measures-health-systems_workforce_patients-04-12-13.pdf

⁶ http://www.internationalhealthpartnership.net/fileadmin/uploads/ihp/Documents/About_IHP/_mgt_arrangements_docs/UHC_Alliance/UHC_2030_Alliance_Concept_Note.pdf

interventions énergiques de l'ISP⁷ ont contribué à ce résultat. Toutefois, nous devons concrétiser cet engagement et organiser une grande campagne mondiale en faveur du droit humain à la santé.

Cela mettrait à profit les actions louables menées dans ce secteur par l'ISP et ses affiliés dans les différentes régions, ainsi que les alliances – et, lorsque nécessaire, les coalitions – passées avec d'autres fédérations syndicales internationales, centrales syndicales nationales, organisations de la société civile, associations de patients/usagers des infrastructures de santé et centres de recherche, pour faire évoluer les choses et garantir le droit humain à l'accès universel aux services publics de santé.

III. Cadre conceptuel

Notre conception d'un *droit humain à la santé* repose sur plusieurs instruments et documents internationaux⁸ ratifiés par des États et des gouvernements à travers le monde. Au-delà du contenu normatif universel du droit à la santé, le degré d'intégration *officielle* de ce contenu aux constitutions et à la législation des pays individuellement, et l'état réel de sa mise en œuvre devraient être pris en considération dans la campagne, comme point de départ de notre action. Les obligations et les actions des gouvernements entreprises, ou non, afin de garantir la santé pour tous seraient examinées, de même que les contradictions d'une planète mondialisée, où l'on peut construire des murs pour empêcher la circulation des personnes, mais pas celle des virus.

Depuis les années 1970, il est généralement accepté, au moins officiellement, que la santé est un droit humain dans les sociétés contemporaines, mais nous devons bien comprendre les différents types d'attaques qui s'opposent à sa mise en œuvre effective, notamment la privatisation, la commercialisation, les PPP et la priorité donnée à d'autres intérêts à but lucratif dans la prestation des services de santé. Le problème n'est pas uniquement la présence de prestataires privés, mais la marchandisation de la santé, motivée par le système financier et les multinationales qui imposent un modèle commercial à un secteur extrêmement important du point de vue social. De plus, la fusion entre les grandes entreprises financières et pharmaceutiques crée actuellement un monopole entre quelques acteurs de poids dans le secteur, ce qui aboutit au contraire du mythe de la « concurrence ». Comprendre ce cadre et sensibiliser l'opinion aux conséquences nous permettra d'attirer l'attention sur les exemples positifs que nous pourrions présenter comme des alternatives pour soutenir notre campagne.

« Le droit à la santé occupe une place primordiale parmi les droits humains internationalement reconnus, bien que sa formulation et son élaboration soient relativement récentes »⁹, ce qui n'est pas surprenant, dans la mesure où cela concerne notre propre existence, tout comme le fait de vivre dans la dignité¹⁰. La santé est explicitement définie dans le préambule de la Constitution de l'OMS comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité »¹¹. Elle précise en outre que la « possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale ».

La définition explicite de la santé comme droit humain fondamental remonte à la déclaration d'Alma Ata en 1978. Cette déclaration indique également que « l'accession au niveau de santé le plus élevé possible est un objectif social extrêmement important qui intéresse le monde entier et suppose la participation de nombreux secteurs socioéconomiques autres que celui de la santé »¹². Mais avant cette déclaration, et suite à la promulgation de la constitution de l'OMS, plusieurs conventions internationales sur les droits humains avaient accordé une grande priorité au droit à la santé. La Déclaration universelle des droits de l'homme présente le droit à la santé comme une composante essentielle du droit à un niveau de vie suffisant pour tous les êtres humains. Dans l'article 25 (1), la Déclaration stipule que « toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires; elle a droit à la sécurité en cas de chômage, de maladie, d'invalidité, de veuvage, de vieillesse ou dans les autres cas de perte de ses moyens de subsistance par suite de circonstances indépendantes de sa volonté ».¹³

C'est ce qui a permis au droit à la santé de figurer au centre du système des traités sur les droits humains des Nations Unies et des systèmes de traités régionaux à travers le globe, parmi lesquels le Pacte international relatif aux droits

⁷ <http://www.world-psi.org/fr/sengager-pour-la-sante-et-la-croissance-investir-dans-les-personnels-de-sante>

⁸ Une liste d'instruments et de documents sélectionnés à cette fin figure en annexe du document : Organisation mondiale de la santé. Fiche d'information n°31 « Le droit à la santé ». Genève: OMS. pp: 51-57. http://www.ohchr.org/Documents/Publications/Factsheet31_fr.pdf (2008).

⁹ Martins S.P., (2013), « Introduction: the Emergence and Scope of the Human Right to Health », In J.M. Zuniga, S.P. Marks, L.O. Gostin (Eds.) *Advancing the Human Right to Health*, Oxford University Press, New York

¹⁰ http://www.ohchr.org/Documents/Publications/Factsheet31_fr.pdf

¹¹ OMS, 1946

¹² OMS 1978

¹³ Assemblée générale des Nations Unies de 1948

économiques, sociaux et culturels de 1966 occupe une place fondamentale¹⁴. On n'insistera jamais assez sur l'interdépendance entre ces droits liés à la santé, d'autres déterminants sociaux de la santé et les résultats sur la santé. En tenant compte de ces éléments, le droit à la santé se concrétise progressivement, les États parties sont censés assumer les obligations juridiques générales et spécifiques consistant à *respecter, protéger et mettre en œuvre* le droit humain à la santé. Ainsi, les gouvernements des États parties doivent s'abstenir « d'en entraver directement ou indirectement l'exercice », prendre « des mesures pour empêcher des tiers de faire obstacle aux garanties énoncées à l'article 12 » et « des mesures appropriées d'ordre législatif, administratif, budgétaire, judiciaire, incitatif ou autre pour assurer la pleine réalisation du droit à la santé ».

Les garanties suivantes découlent de l'article 12 :

- *Disponibilité* : essentiellement « des installations, des biens et des services ainsi que des programmes fonctionnels en matière de santé **publique** et de soins de santé », comprenant « les éléments fondamentaux déterminants de la santé tels que l'eau salubre et potable et des installations d'assainissement appropriées, des hôpitaux, des dispensaires et autres installations fournissant des soins de santé, **du personnel médical et professionnel qualifié recevant un salaire décent par rapport au niveau national**, et des médicaments essentiels » en « quantité suffisante » au sein de chaque État partie (caractères gras ajoutés par l'ISP) ;
- *Accessibilité* : accès universel aux installations, biens et services en matière de santé, en considérant que « l'accessibilité comporte quatre dimensions qui se recoupent mutuellement : la non-discrimination, l'accessibilité physique, l'accessibilité économique (abordabilité), l'accessibilité de l'information ». Il s'agit du pilier conceptuel de la **couverture universelle de santé** ;
- *Acceptabilité* : les installations, biens et services en matière de santé doivent « être respectueux de l'éthique médicale et être appropriés sur le plan culturel », c'est-à-dire qu'ils doivent « être respectueux de la culture des individus, des peuples et des communautés, y compris des minorités, être réceptifs aux exigences spécifiques liées au sexe et au stade de la vie, et être conçus de façon à respecter la confidentialité et à améliorer l'état de santé des personnes intéressées » ;
- *Qualité* : les installations, biens et services en matière de santé doivent être « acceptables sur le plan culturel, scientifiquement et médicalement appropriés et de bonne qualité ». « Un personnel médical qualifié, des médicaments et du matériel hospitalier approuvés par les instances scientifiques et non périmés, un approvisionnement en eau salubre et potable et des moyens d'assainissement appropriés » sont quelques-unes des conditions fondamentales pour garantir des soins de santé de **qualité**, sans lesquelles le droit à la santé est compromis.

Le droit humain à la santé requiert également le respect des *principes de procédure* qui, en règle générale, s'appliquent aux droits humains¹⁵. Ces principes sont les suivants :

- *Non-discrimination* : l'accès aux soins et la prestation de services de santé doivent être dépourvus de toute forme de discrimination, dans leur intention ou leur effet, fondée sur l'état de santé, le niveau de revenus, la race, l'origine ethnique, la langue, la religion, le sexe, la sexualité, le handicap, la nationalité, ou le statut social ;
- *Transparence* : les informations relatives à la santé doivent être communiquées à chacun dans une langue accessible afin de permettre aux personnes et aux populations d'avoir la connaissance nécessaire pour protéger leur santé. Le financement, l'organisation et la prestation des services de santé doivent être assurés de manière transparente par les institutions et le personnel qui en sont responsables ;
- *Participation* : il faut encourager vivement la participation active des individus et des communautés aux prises de décisions sur les questions qui concernent leur santé. Il faut pour cela prendre en compte l'organisation et la mise en place des services de santé ;
- *Responsabilité* : les agences publiques et les entités privées qui participent à l'élaboration et à la mise en œuvre des politiques de santé et de la prestation de soins doivent rendre des comptes, en s'appuyant notamment sur des normes et des réglementations ayant force de loi et sur le contrôle du respect des normes effectué par des organismes indépendants.

Le droit à la santé est défini et soutenu dans les traités régionaux relatifs aux droits humains, dont la plupart sont entrés en vigueur entre les années 1960 et les années 1980, et le sont toujours. Et « le droit à la santé ou aux soins de santé est reconnu par au moins 115 constitutions », tandis que dans six autres pays au moins, la constitution indique clairement les

¹⁴ Il existe un large consensus pour admettre que l'Observation générale n°14 du Comité des droits économiques, sociaux et culturels (créé pour surveiller le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels) restitue bien la nature normative profonde du droit humain à la santé. Une liste de 14 droits humains est présentée, précisant que « ces droits et libertés sont des composantes intrinsèques du droit à la santé », notamment « les droits à l'alimentation, au logement, au travail, à l'éducation, à la dignité humaine, à la vie, à la non-discrimination et à l'égalité, le droit de ne pas être soumis à la torture, le droit au respect de la vie privée, le droit d'accès à l'information et les droits à la liberté d'association, de réunion et de mouvement ».

¹⁵ <http://www.nesri.org/programs/what-is-the-human-right-to-health-and-health-care>

obligations de l'État en rapport avec la santé, par exemple l'obligation de fournir des services de santé ou de leur allouer un budget spécifique¹⁶. Ces traités donnent la possibilité de militer en faveur de l'exercice du droit à la santé, au-delà des succès limités remportés jusqu'à présent, dans certains cas, par les gouvernements¹⁷.

Les commissions de droits humains établies dans les différentes régions pour contrôler le respect vis-à-vis des normes ont réussi à poursuivre des États qui privaient leurs citoyens du droit à la santé. Par exemple, une assistance immédiate a été accordée à 27 personnes atteintes du VIH au Salvador qui avaient demandé une trithérapie en 2001, après l'intervention de la Commission interaméricaine des droits de l'homme. Ces victoires juridiques sont louables et enrichissent la jurisprudence. Il convient néanmoins de noter qu'une action *politique* est nécessaire pour généraliser ces avancées : mobilisation de la sensibilisation du public, actions de lobbying, études reposant sur des données factuelles et disposant de liens solides entre l'étude et l'action. C'est l'une des missions de la Campagne pour le droit humain à la santé. Les États qui reconnaissent le droit à la santé laissent également de la place à l'action, et insistent sur sa réalisation. Des affaires judiciaires à l'issue favorable ont été signalées en Argentine, en Colombie, au Brésil, en Afrique du Sud, en Équateur, au Costa Rica et au Venezuela, pour ne citer que quelques exemples. Les leçons tirées de ces expériences nous permettent de comprendre comment travailler avec les alliés, les groupes cibles et les OSC afin de créer les alliances stratégiques dont nous avons besoin pour agir efficacement.

IV. Vers la mise en œuvre du droit à la santé : une dynamique contradictoire

Le droit humain à la santé, bien qu'universellement et *officiellement* reconnu, est sans cesse pris pour cible. Les conquêtes du passé sont battues en brèche par les intérêts *à but lucratif* des prestataires privés et des sociétés pharmaceutiques, les compagnies d'assurance de santé privées et les entreprises de gestion des établissements de santé. L'externalisation et la sous-traitance du personnel et des services contribuent à la dégradation de la qualité et de l'accessibilité économique des services de santé. Ce phénomène est également à l'origine des niveaux d'effectifs dangereusement insuffisants et inefficaces, de la baisse des salaires et des pertes d'emplois chez les personnels de santé. Dans un tel contexte, on voit mal comment la mise en œuvre des Objectifs de développement durable (ODD) pourra réduire la pauvreté et garantir une couverture universelle de santé.

Privatisation et commercialisation de la santé : Tout porte à croire que la privatisation des services de santé est un échec. Selon un rapport du Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies, intitulé « Public-Private Partnerships and the 2030 Agenda for Sustainable Development: Fit for purpose? » (Les partenariats public-privé et l'Agenda 2030 pour le développement durable : conformes au but recherché ?), indique que les « PPP sont moins à même d'améliorer l'efficacité dans le secteur social, notamment dans les hôpitaux et les écoles, où l'accès et l'équité sont des préoccupations majeures ».

Le rapport de l'Unité de recherche internationale sur les services publics (PSIRU), « Partenariats public-privé : les raisons de leur inefficacité », étudie diverses expériences de PPP à la fois dans des pays riches et des pays pauvres. Il en conclut que les PPP sont un moyen coûteux et inefficace de financer les infrastructures et les services, étant donné qu'ils dissimulent l'emprunt public tout en fournissant aux entreprises privées des garanties de profit à long terme accordées par l'État. L'instauration de PPP implique d'importantes contraintes de capacité pour le secteur public, en particulier dans les pays en développement. Les PPP se caractérisent par une faible transparence et un contrôle public limité, ce qui fragilise la responsabilité démocratique. Les PPP entraînent un endettement croissant du gouvernement, et les accords inflexibles sur les services augmentent jusqu'à 20% à chaque fois qu'ils doivent être renégociés, lorsque les besoins de la population changent. Par ailleurs, l'endettement du gouvernement peut agir négativement sur la prestation d'autres services publics, donc sur les services publics de santé, du fait de la baisse des ressources.

L'ISP propose d'éviter de promouvoir les PPP pour dispenser des soins de santé. Toutefois, les tentatives d'établir des normes pour les PPP dans le secteur de la santé devraient inclure tous les niveaux de gouvernement (y compris les autorités locales) et les principales parties prenantes (les usagers des services de santé, les personnels du secteur de la santé, entre

¹⁶ http://www.ohchr.org/Documents/Publications/Factsheet31_fr.pdf

¹⁷ L'article 11 de la Charte sociale européenne de 1961 (révisée en 1996) rappelle l'obligation des États de prendre les mesures nécessaires pour « éliminer, dans la mesure du possible, les causes d'une santé déficiente » et « veiller à ce que toute personne qui ne dispose pas de ressources suffisantes... puisse obtenir une assistance appropriée et, en cas de maladie, les soins nécessités par son état ». L'article 16 de la Charte Africaine des droits de l'homme et des peuples stipule que « toute personne a le droit du jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre » et que les États parties à la Charte « s'engagent à prendre les mesures nécessaires en vue de protéger la santé de leurs populations et de leur assurer l'assistance médicale en cas de maladie ». L'article 10 du Protocole additionnel à la Convention américaine relative aux droits de l'homme traitant des droits économiques, sociaux et culturels de 1988 affirme par ailleurs que « Toute personne a droit à la santé qui est considérée comme le droit de jouir du meilleur état de santé physique, mentale et sociale ». L'article 39 de la Charte arabe des droits de l'homme de 2004 déclare que « Les États parties reconnaissent le droit qu'a tout membre de la société de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qui puisse être atteint et le droit du citoyen de bénéficier gratuitement des services de santé de base et d'accéder aux centres de soins médicaux sans discrimination aucune ».

autres). L'ISP préconise également de définir des critères pour l'évaluation et l'examen périodique des PPP existants dans le domaine de la santé.

L'ISP est favorable à une réforme du système fiscal des entreprises, qui permet actuellement à certaines sociétés d'échapper chaque année au paiement de plus de 3000 milliards USD d'impôts. Ces revenus dont les pays ont tant besoin permettraient de faire coïncider les services publics avec les Objectifs de développement durable des Nations Unies. Nous avons besoin d'un engagement clair, d'investissements dans les biens publics et d'une prestation transparente de ces services pour garantir leur qualité et leur accès universel. Pour le moment, les PPP dans les secteurs de la santé, de l'éducation et de l'eau n'ont pas réussi à atteindre ces normes, qui sont indispensables pour la réalisation des ODD. En ce qui concerne la justice fiscale, nous voulons assurer que la hausse des ressources financières issues de sources nouvelles ou déjà existantes, suite aux politiques de réforme fiscale, soit utilisée pour augmenter les salaires et améliorer les conditions d'emploi des personnels de santé, à commencer par les effectifs actuels de la main-d'œuvre de santé à l'échelle mondiale.

Nous reconnaissons que le secteur privé est présent, mais nous avons essentiellement besoin d'une gouvernance plus forte, de meilleures pratiques et de meilleurs modèles à appliquer au niveau mondial ; il est également nécessaire d'établir une cartographie des acteurs mondiaux et de les faire participer à un processus de réforme mondiale. Les résultats d'une étude sur les affiliés des services sociaux et de santé de l'ISP ont révélé que de nombreux services sociaux et de santé, notamment les services fondamentaux et de soutien, sont désormais externalisés. Les entreprises internationales ont remporté au moins un quart des contrats dans les services de santé et si l'on prend en compte les filiales nationales, l'influence des entreprises internationales sur les systèmes publics sociaux et de santé augmente rapidement. Des changements se sont opérés suite à la combinaison de différentes formes de financement des soins de santé, et des taux plus élevés de frais restant à la charge des patients ont été constatés dans certains pays, ainsi qu'une diminution de la contribution des dépenses publiques de santé aux dépenses globales de santé.

Entreprises multinationales de soins de santé : De grandes entreprises recourent actuellement à diverses stratégies pour entrer sur les marchés à travers le monde. Fait étonnant, certaines entreprises laissent l'Afrique, l'Australie et l'Asie pour se tourner vers l'Europe. Les réformes soutenues par la Banque mondiale, la SFI et les banques régionales de développement, notamment la marchandisation, la décentralisation et la corporatisation du secteur public, donnent la possibilité aux entreprises multinationales d'entrer dans le secteur de la santé publique. Les services publics sociaux et de santé étant de plus en plus commercialisés, ils se retrouvent intégrés aux traités commerciaux qui ouvriront ces services à la concurrence avec des entreprises mondiales de services. Le point déterminant, d'après l'expérience de l'ISP, réside dans le fait que le prestataire de services (sociaux et) de santé ne peut pas prendre de l'argent du système pour le partager avec des actionnaires – qui se trouvent peut-être, en outre, dans un paradis fiscal. Les gains éventuels doivent rester dans le système et doivent être réinvestis dans les systèmes de santé, ce qui signifie également qu'ils doivent être utilisés au profit de bonnes conditions de travail et de la qualité des emplois des personnels de santé.

Impact du commerce international sur la santé : Les objectifs du commerce dans le secteur de la santé devraient être compatibles avec d'autres objectifs sociaux légitimes tels que l'accès universel. La réglementation du secteur de la santé est nécessaire pour protéger les patients, par exemple, en cas d'erreurs médicales ou d'utilisation de leurs données personnelles. Toute action visant à faciliter la mobilité des patients devrait reposer sur trois piliers : financement (remboursement), service dispensé (qualité et normes) et responsabilité suivant le traitement. En termes économiques, l'impact sur les systèmes de santé des pays d'origine est le suivant : comme les personnes qui veulent se faire soigner à l'étranger peuvent emporter avec elles le financement des soins, cet argent sort du système national de santé, dont le faible niveau d'investissement est souvent la raison du traitement à l'étranger, et ainsi le problème se perpétue lui-même. En même temps, cela permet de justifier un investissement plus faible dans le système de santé, la formation et le recrutement de personnels de santé, tandis que le financement de la santé issu de l'argent du contribuable est affecté à des patients individuels, qui le dépensent dans le système de santé privé d'un autre pays. L'économie du pays d'origine perd les effets dynamiques des dépenses de santé qui, à la place, s'accumulent dans l'économie du prestataire de soins.

Les pays exportateurs de soins de santé vont constater que le personnel qualifié est transféré dans les services d'exportation de la santé qui offrent de meilleurs salaires et de meilleurs équipements, ce qui va réduire le personnel de santé dans les infrastructures publiques et perpétuer les inégalités au sein du système de santé ; l'éducation et la formation financées par le pays d'origine bénéficieront à des patients à l'étranger, au lieu de profiter localement aux citoyens et aux contribuables. Tout soin nécessaire après le traitement sera pris en charge par l'établissement de santé local, ou plus exactement par le système public de santé, mais pourquoi les pays destinataires et leurs contribuables ne supporteraient-ils pas les frais du traitement correctif en cas de complications nécessitant des structures spécialisées ? Et si de telles structures n'existent pas dans le pays, pourquoi ne paieraient-ils pas le traitement correctif ailleurs ?

Travail décent et conditions de travail décentes : Il est impossible d'offrir une couverture universelle de santé sans tenir compte des personnels de santé. Et pour dispenser des services de santé de qualité, les personnels de santé doivent bénéficier de conditions de travail décentes et d'un bon niveau de santé et de sécurité au travail. La liberté syndicale et le droit à la négociation collective revêtent également une grande importance pour les personnels de santé. La migration des

professionnels de santé, qui quittent le système public en raison des faibles salaires et des mauvaises conditions de travail, menace les services de santé garantis sur tout le globe, en particulier dans les services pédiatriques.

Les réductions du financement public fragilisent ces systèmes et rendent le travail plus précaire, alors que l'investissement dans la santé génère de la croissance et une meilleure qualité de vie. Qu'il s'agisse des aides à domicile, des personnes qui dispensent des soins aux personnes âgées, des assistants des services de santé, des infirmiers, des internes et des médecins, ou encore des agents de nettoyage en milieu hospitalier, tous se battent pour de meilleurs salaires et pour une meilleure reconnaissance de leurs compétences, de leurs qualifications et de leurs droits du travail.

Le travail décent comporte de multiples paramètres : un salaire décent, le droit d'adhérer à un syndicat et de participer à des actions syndicales, le droit à un environnement de travail sans danger, l'accès à la formation continue et au soutien, un temps de repos suffisant et un temps de travail raisonnable, et des opportunités d'évolution professionnelle et de promotion, pour n'en citer que quelques-uns. Le travail décent implique par ailleurs que les personnels de santé puissent parler librement, sans craindre de répercussions sur le système de santé dans lequel ils travaillent. En effet, lorsqu'ils évoquent leur environnement de travail, ils défendent en premier lieu le droit des patients à des soins de qualité efficaces et sûrs, quelles que soient les politiques gouvernementales.

L'exemple du Liberia est révélateur à cet égard : la répression syndicale et l'intimidation sont omniprésentes et, bien que le Liberia ait ratifié la Convention n°98 de l'OIT sur le droit d'organisation, les fonctionnaires ne sont toujours pas autorisés à adhérer à un syndicat. De nombreux décès d'employés de santé et de citoyens auraient pu être évités si le gouvernement avait écouté les syndicats qui avaient signalé dès 2014 que le virus Ebola devenait impossible à maîtriser et que le système public de santé était au bord de l'implosion. Les appels lancés actuellement pour poursuivre la privatisation du système de santé du Liberia ne peuvent que conduire à une catastrophe générale. Dans de nombreux pays en développement, notamment en Asie du Sud, le secteur privé de la santé n'est pas correctement réglementé, ce qui se traduit par un manque d'harmonisation au niveau des rémunérations, des conditions de travail, des contrats d'emploi et des prestations, et fait obstacle à la syndicalisation car les personnes craignent de perdre leur travail.

Ainsi, tout ou partie des caractéristiques suivantes sont constatées : a) les travailleurs ne sont pas directement embauchés par l'employeur principal – l'hôpital dans ou pour lequel ils travaillent – et, en conséquence, il n'y a pas de relation employeur-employé clairement établie ; b) souvent, les accords de travail ne sont pas officiels ; c) l'emploi est temporaire. C'est également vrai pour les travailleurs qui dispensent des services de santé directs (travailleurs médicaux), mais la situation est encore plus difficile pour ceux qui dispensent des services de santé indirects (travailleurs non médicaux). Il est indispensable de mettre au point des stratégies, non seulement pour régulariser le travail informel, mais aussi pour juguler l'informalisation du travail formel dans le secteur de la santé.

L'investissement dans les soins primaires et la santé préventive est indispensable pour réduire les coûts liés à la santé – à l'heure actuelle, trop d'argent est consacré aux soins dits aigus, ce qui n'est peut-être pas complètement étranger aux intérêts de l'industrie de la santé, c'est-à-dire les grandes sociétés pharmaceutiques et les fabricants de matériel médical. Ce sont les personnels de santé des collectivités locales qui sont le plus à même de dispenser les soins primaires et les soins de santé préventive. Or, nous tenons à insister sur le fait que ces collectivités s'illustrent souvent par les faibles salaires, l'exploitation, le manque de formation et de financement durable.

Si nous voulons de meilleurs résultats de santé, nous devons veiller à ce que les politiques, les réglementations et les lois relatives à un ratio adapté patients/personnels de santé, ou quotas de patients, figurent dans les plans et les programmes destinés à accroître l'emploi dans le secteur de la santé, et à ce qu'elles soient considérées comme des facteurs d'harmonisation au niveau international, au même titre que la formation, les qualifications et les références des travailleurs de la santé. Cela aura une incidence immédiate sur les conditions de travail et la vie de millions de travailleurs migrants dans le secteur de la santé et permettra de lutter contre le dumping social, qui ne cesse de prospérer.

Investissement dans la santé : Les investissements dans le secteur de la santé – dédiés, par exemple, à la surveillance des épidémies et aux actions menées pour y faire face – renforcent la capacité d'un pays à protéger sa population des maladies infectieuses et d'autres dangers (tels que les épidémies à virus Ebola et Zika, ainsi que les épidémies de maladies non transmissibles). Les effets de ces épidémies peuvent entraîner de considérables coûts pour les nations. Les investissements dans la main-d'œuvre de santé doivent avant tout garantir la sécurité individuelle et mondiale en matière de santé – pour assurer la paix, le développement et la croissance économique.

Dans la réalité, de nombreux pays se débattent avec ces questions dans un contexte de conflit en cours, de reconstruction post-conflit ou de difficultés dues à des catastrophes naturelles actuelles ou récentes (inondations, famines, séismes). Aujourd'hui, environ un milliard de personnes vivent dans des milieux fragiles, et il y a plus de déplacés à l'heure actuelle qu'à aucun autre moment depuis la Seconde Guerre mondiale. En ce qui concerne la santé maternelle et infantile, presque les deux tiers des décès maternels et plus de la moitié des décès des enfants de moins de cinq ans surviennent dans des contextes de crise humanitaire. Et de nombreux pays participant à des partenariats avec des agences de coopération au développement sont en situation de fragilité. Souvent, ces pays n'ont pas la capacité d'offrir des soins sociaux et de santé à leurs citoyens. De plus, les personnels de santé et les établissements de santé ont tendance à devenir de nouvelles cibles dans les conflits.

La crise humanitaire se propage également dans les pays destinataires des réfugiés. La difficulté d'accès aux services de santé pour les migrants et les réfugiés sans papiers produit des effets d'une ampleur considérable. Non seulement l'accès limité ou inexistant aux services de santé est extrêmement préjudiciable pour leur santé mentale et physique, mais en outre, lorsque la santé des migrants se dégrade et qu'ils se voient refuser l'accès aux services de santé nécessaires, cela peut avoir un impact négatif sur la santé publique, notamment sur le système public de santé.

Le fait qu'il y ait des personnes en mauvaise santé dans la société génère également d'autres coûts sociaux, en termes de répercussions sur les familles et les communautés. Les politiques de santé restrictives peuvent avoir une incidence négative sur les professionnels de santé, dont l'engagement à l'égard de la déontologie médicale est mis à rude épreuve quand ils sont contraints de refuser de soigner des patients en raison de leur statut de réfugié. En réaction, de nombreux professionnels de santé et d'autres prestataires de services s'efforcent de garantir des services de santé élémentaires à tous, en travaillant souvent dans des conditions difficiles.

V. Intention et objectifs de la campagne

L'objectif prédominant de la campagne serait de créer un grand mouvement mondial capable d'agir sur les politiques concrètes en faveur d'une couverture universelle publique de santé.

Les principaux objectifs de la campagne pour le droit humain à la santé consisteraient donc à :

- (a) Renforcer les activités des affiliés de l'ISP dans le secteur de la santé aux niveaux national et régional pour obtenir un meilleur financement de la santé et améliorer la responsabilité budgétaire dans le but d'instaurer une couverture universelle publique de santé ;
- (b) Intégrer les droits syndicaux, les questions transversales (telles que la migration ou le changement climatique) et la lutte contre la privatisation aux textes explicatifs et aux efforts déployés pour la couverture universelle publique de santé ;
- (c) Rappeler le rôle que joue l'État pour garantir les droits humains, notamment l'accès à la santé ;
- (d) Tenir compte de l'importance que les services publics financés par le gouvernement revêtent pour les marchés ;
- (e) Approfondir l'intervention dans les mécanismes, les activités et les structures de gouvernance mondiale, qui pourraient contribuer à accélérer l'action visant à mettre en œuvre la cible 3.8 des ODD et le Plan d'action du rapport de la Commission de haut niveau sur l'emploi dans la santé et la croissance économique ;
- (f) Travailler avec d'autres Fédérations syndicales internationales, des syndicats non affiliés, des centrales syndicales nationales, des organisations de la société civile et d'autres alliés.

VI. Activités

La campagne comporterait des activités propres au travail de l'ISP aux niveaux mondial, régional, sous-régional, national et local. Il y aurait des activités liées à la campagne, directement ou moins directement, dans le cadre du travail de l'ISP sur le secteur de la santé ou pour soutenir les actions des affiliés et des alliés se rapportant à l'objectif de la campagne. Nous devons expliquer ce que signifie la gouvernance de santé publique de qualité, pour interpellier les gouvernements et leur demander comment ils garantissent le droit humain à la santé, tout en se montrant plus exigeant à l'égard des acteurs de la santé du secteur privé à travers la planète, en assurant des conditions de travail décentes aux personnels de santé et en garantissant des soins de santé de qualité pour tous.

- Lancer la campagne le 13 décembre, lors de la réunion du Groupe de travail sur le secteur de la santé, parallèlement à un lancement médiatique ;
- Mettre en place des actions médiatiques et de communication conjointes avec les affiliés et les partenaires de l'ISP au cours du premier trimestre de 2017 ;
- Organiser une activité au niveau mondial *chaque trimestre* : participation aux manifestations mondiales relatives aux politiques de santé ; lancement de publications ; réunions publiques ; conférences/colloques/séminaires au niveau international avec la participation d'intervenants ; réunions et manifestations ; les projets de l'ISP en cours dans le secteur de la santé y seront intégrés ;
- Élaborer des stratégies et présenter des comptes rendus sur la campagne aux organes statutaires de l'ISP (comités consultatifs sous-régionaux, comités exécutifs régionaux) ;
- Sélectionner des thèmes prioritaires pour les activités régionales/sous-régionales et mettre au point des matériels de formation pour des ateliers dédiés ;
- Créer des affiches/dépliants/flyers ;
- Publier un bulletin sur *Le droit humain à la santé* ;
- Travailler en collaboration avec l'OMS/OIT/OCDE sur toutes les questions de politiques de santé intéressantes, les actions de lobbying et la recherche d'éléments d'information ;

- Accroître le nombre d'adhérents dans les réseaux (sous-)régionaux de santé et élargir le champ d'application de leur travail ;
- Créer/renforcer les alliances avec les ONG et les OSC ayant des objectifs semblables pour échanger sur les informations et les expériences et mettre en place des actions communes ;
- Tirer des enseignements des premières expériences de la campagne en vue de présenter une résolution pertinente lors du 30^{ème} Congrès mondial.

VII. Résultats escomptés

Les résultats escomptés de la campagne sont les suivants :

- *À l'international :*
 - ⇒ Renforcer les affiliés du secteur de la santé de l'ISP et améliorer les conditions d'emploi et de travail des personnels de santé ;
 - ⇒ Renforcer l'engagement à l'égard de la cible 3.8 des ODD ;
 - ⇒ Soutenir la campagne sur la justice fiscale pour assurer le financement des systèmes publics de santé ;
 - ⇒ Améliorer la visibilité de l'ISP dans le débat mondial sur les questions de santé et dans l'élaboration/application de conventions et de politiques de santé ;
 - ⇒ Mettre en œuvre le Plan d'action du rapport de la Commission de haut niveau sur l'emploi dans la santé et la croissance économique, afin de soutenir la santé publique ;
 - ⇒ Approfondir la coopération avec l'OIT, l'OMS et l'OCDE sur les questions de politiques de santé.
- *Aux niveaux régional et national :*
 - ⇒ Mobiliser les affiliés pour faire campagne en faveur d'une couverture universelle publique de santé ;
 - ⇒ Améliorer la visibilité de l'ISP et de ses affiliés dans différentes régions en ce qui concerne l'élaboration et la mise en œuvre des politiques relatives aux services sociaux et de santé ;
 - ⇒ Se mobiliser en faveur d'une législation et de politiques qui renforcent l'accès universel aux soins de santé publics et les systèmes nationaux de santé ;
 - ⇒ Contribuer au développement quantitatif et qualitatif des personnels de santé, notamment en embauchant davantage de jeunes travailleurs de la santé ;
 - ⇒ Promouvoir la mise en œuvre totale des conventions et des lois relatives à la santé et à la sécurité au travail pour les personnels de santé ;
 - ⇒ Mettre au point des propositions de lois, de politiques et de réglementations pour répondre aux besoins des femmes qui travaillent dans le secteur de la santé (crèches dans les établissements de santé, par exemple) ;
 - ⇒ Agir pour faire baisser immédiatement le niveau de violence sur le lieu de travail ;
 - ⇒ Assurer une meilleure visibilité de l'ISP et de ses affiliés dans le débat national et dans l'élaboration et la mise en œuvre de politiques dans le domaine de la santé ;
 - ⇒ Augmenter le nombre d'adhésions chez les affiliés et le nombre d'affiliés dans le secteur de la santé.