



ÉCOLE DOCTORALE : XXXXXXXXXXXX

UNIVERSITE DE MONTCHAT

LABORATOIRE : XXXXY

**ÉTUDE DE L'IMPACT DE L'ARGENT SUR L'ACCES AUX DROITS FONDAMENTAUX DANS
LE SECTEUR DE LA SANTE, SANS COMPROMETTRE LES PRINCIPES D'EGALITE ET DE
DIGNITE HUMAINE .**

DISCIPLINE : SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES

PAR : ????????????

SOUS LA DIRECTION DE : XXXXXXXX YYYYYYYY

AVEC L'ASSISTANCE ETHIQUE ET RAISONNEE DE :

OUTILS GENERIQUES : CHATGPT, ~~COPILOT, GEMINI, MISTRAL,~~

OUTILS D'AIDE A LA REDACTION : ~~THESIFY, MYSTYLUS~~

1. Introduction

L'accès aux soins de santé est un droit fondamental reconnu par les instruments internationaux, tels que la Déclaration universelle des droits de l'homme et le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels. Toutefois, dans de nombreux systèmes de santé à travers le monde, cet accès demeure profondément influencé par des facteurs économiques, posant des défis considérables en matière d'égalité et de dignité humaine. En effet, l'impact de l'argent sur l'accès aux soins soulève des questions cruciales sur la manière dont les ressources financières, qu'elles soient publiques ou privées, façonnent l'accès aux services de santé et l'équité dans leur distribution.

Dans cette étude nous allons examiner comment les inégalités économiques influencent l'accès aux droits fondamentaux dans le secteur de la santé, tout en cherchant à comprendre comment concilier cet accès avec les principes d'égalité et de dignité humaine. En abordant cette question sous l'angle des politiques publiques, des modèles de financement des soins et des mécanismes de solidarité, l'objectif est de mettre en lumière les tensions et les compromis inhérents à un système de santé qui doit répondre à la fois à des impératifs économiques et aux valeurs humaines universelles de justice et de respect des droits fondamentaux.

Ainsi, dans cette thèse nous chercherons à identifier des solutions permettant de garantir un accès équitable à des soins de santé de qualité, sans que la dimension financière ne vienne compromettre les principes d'égalité et de dignité qui sous-tendent notre vision de la société.

Mots clés :

Accès aux droits fondamentaux, Droits de l'homme, Égalité d'accès à la santé, Justice sociale en santé, Équité en santé, Droits économiques et sociaux, Système de santé, Inégalités de santé, Disparités économiques et santé, Financement de la santé, Éthique de la santé, Dignité humaine, Impact de l'argent sur la santé, Marché de la santé, Privatisation des soins de santé, Solidarité sociale, Accès universel aux soins, Soins de santé abordables, Système de santé inclusif, Politique de santé publique, Responsabilité sociale des entreprises en santé, Mécanismes de financement de la santé, Équité économique dans les soins de santé, Discrimination et santé, Justice économique et santé

2. Exploration et état de l'art

L'impact de l'argent sur l'accès aux soins de santé a fait l'objet de nombreuses études et discussions à travers plusieurs disciplines, notamment l'économie de la santé, les sciences sociales, et le droit. Ces recherches soulignent les liens complexes entre les inégalités économiques, les politiques de santé, et les droits humains, tout en soulevant des questions sur l'équité et la dignité dans les systèmes de santé.

2.1 Les inégalités économiques et l'accès aux soins

De nombreuses études montrent que l'accès aux soins de santé est fortement influencé par les inégalités économiques, particulièrement dans les systèmes où le financement des soins repose largement sur des mécanismes privés ou mixtes. Par exemple, **T.R. Shanks** (2014) dans *The Political Economy of Health Care* met en lumière les effets néfastes de l'inégalité économique sur

l'accès aux soins dans des pays comme les États-Unis, où les disparités en termes de couverture de santé entre riches et pauvres sont profondes. **Paul Krugman** (2009), dans *The Conscience of a Liberal*, explique également comment les inégalités économiques exacerbent l'accès inégal aux soins, et comment cela peut entraîner des conséquences dramatiques sur la santé des populations vulnérables.

2.2 Les systèmes de financement de la santé et leur impact sur l'égalité d'accès

L'organisation du financement des soins de santé, publique ou privée, a un impact déterminant sur l'égalité d'accès. Amartya Sen (2009), dans *The Idea of Justice*, soutient que la justice sociale dans le secteur de la santé dépend de la capacité des systèmes de santé à garantir l'égalité des chances. Norman Daniels (1985) dans *Just Health: Meeting Health Needs Fairly* défend l'idée que l'équité en santé n'est pas simplement une question d'accès aux soins, mais de garantir que les soins sont distribués de manière à compenser les inégalités sociales qui affectent la santé. Il insiste sur l'importance d'une redistribution des ressources pour garantir l'égalité d'accès.

En revanche, dans les systèmes de financement privés, comme aux États-Unis, l'argument de **Marmot et Stansfield** (2008) dans *Health Inequalities in the UK: The Marmot Review* souligne que les mécanismes basés sur la capacité de paiement renforcent les inégalités sociales, et donc, les disparités dans l'accès aux soins.

2.3 L'éthique et la dignité humaine dans l'accès à la santé

L'un des enjeux éthiques majeurs dans la question de l'argent et de l'accès aux soins réside dans le respect de la dignité humaine et des droits fondamentaux. **Paul Farmer** (2003), dans *Pathologies of Power: Health, Human Rights, and the New War on the Poor*, insiste sur le lien entre justice sociale et santé, et plaide pour un modèle de soins qui respecte la dignité humaine, particulièrement dans les pays en développement. Farmer propose un cadre d'analyse qui lie directement l'injustice sociale à la souffrance et à l'inégalité en matière de soins.

Elisabeth Badinter (1992), dans son livre *L'Amour en plus*, a également abordé la question de la dignité humaine dans la santé, soulignant que l'accès aux soins de santé ne peut se réduire à une simple transaction économique, mais qu'il doit respecter l'individu dans sa globalité. Ce point est également soutenu par **Michael Walzer** (1983) dans *Spheres of Justice*, qui défend l'idée que les principes de justice et de dignité humaine doivent primer sur les logiques de marché dans la fourniture des services de santé.

2.4 Les politiques publiques et la solidarité sociale

L'analyse des politiques publiques de santé, et en particulier des systèmes de financement universels, est essentielle pour comprendre comment réduire les inégalités d'accès. Les recherches de **Julian Le Grand** (1991), notamment dans *The Strategy of Equality*, montrent comment des politiques de solidarité, telles que l'assurance maladie universelle, peuvent offrir une couverture adéquate et égalitaire, tout en répondant aux besoins de tous les citoyens. Toutefois, **Julian Le Grand** souligne que ces politiques doivent être mises en œuvre avec des régulations efficaces pour éviter que des systèmes de santé universels ne soient compromis par des logiques marchandes.

En parallèle, **Elisabeth Kübler-Ross** (1969), dans *On Death and Dying*, souligne l'importance de la solidarité et de la justice sociale dans l'accès aux soins en fin de vie, arguant qu'un accès égal aux soins doit être garanti même dans les situations les plus précaires.

2.5 Les droits humains et la santé

Le lien entre les droits humains et l'accès à la santé est incontestable. L'Organisation mondiale de la santé (OMS), dans son rapport *Health and Human Rights* (2007), affirme que "le droit à la santé est un droit humain fondamental" et que l'accès aux soins doit être garanti sans distinction de richesse. **Henry Shue** (1996) dans *Basic Rights: Subsistence, Affluence, and U.S. Foreign Policy* soutient que les droits économiques, sociaux et culturels, y compris l'accès à la santé, doivent être considérés comme des obligations envers tous les citoyens, et que ces droits ne doivent pas être soumis à des conditions économiques.

Cependant, des études récentes, comme celles de **Gosta Esping-Andersen** (1990) dans *The Three Worlds of Welfare Capitalism*, montrent que l'effectivité de ce droit varie considérablement selon les modèles de welfare state. Alors que les pays scandinaves ont réussi à lier accès universel aux soins et égalité sociale, dans des pays où l'État providence est plus restreint, comme aux États-Unis, l'accès aux soins reste inégal.

2.6 Synthèse des enjeux

L'état de l'art sur l'impact de l'argent sur l'accès aux droits fondamentaux en santé montre que les défis sont multiples et interconnectés. Tandis que les inégalités économiques constituent un obstacle majeur à l'accès égalitaire aux soins, la question éthique de la dignité humaine impose des modèles de financement qui priorisent la solidarité et l'équité. Les systèmes de santé universels, comme ceux de l'Europe du Nord, ont montré qu'il est possible de concilier financement et égalité d'accès, mais ces modèles nécessitent des régulations rigoureuses pour éviter la marginalisation des plus vulnérables. Les théories de la justice sociale, portées par des penseurs comme **Amartya Sen** et **Norman Daniels**, restent des références essentielles pour formuler des solutions viables dans un contexte économique mondialisé.

3. Problématique et hypothèses de recherche

3.1 Problématique

Comment concilier l'influence inévitable de l'argent dans les systèmes de santé contemporains avec l'exigence d'un accès équitable et digne aux soins, considéré comme un droit fondamental ? Autrement dit, dans quelle mesure les mécanismes de financement de la santé peuvent-ils favoriser ou freiner l'accès universel aux soins sans compromettre les principes d'égalité et de dignité humaine ?

Cette problématique soulève plusieurs tensions :

- Entre logique marchande et logique de solidarité ;
- Entre contraintes économiques et valeurs éthiques ;
- Entre différents modèles de protection sociale.

3.2 Hypothèses de recherche

Hypothèse principale :

H1. Les systèmes de santé qui reposent sur un financement public solidaire sont plus susceptibles de garantir un accès équitable aux soins, respectueux de la dignité humaine, que ceux fondés sur des logiques marchandes ou privatisées.

Hypothèses secondaires :

H2. La marchandisation des soins tend à renforcer les inégalités sociales en santé, en excluant les populations les plus vulnérables de l'accès aux services de qualité.

H3. Des mécanismes de régulation et de redistribution bien conçus permettent de modérer les effets négatifs de l'argent sur l'égalité d'accès aux soins.

H4. L'intégration explicite des droits humains et de la dignité dans les politiques de santé favorise une approche plus équitable et inclusive des soins.

3.3 Objectifs de recherche

Objectif général :

Analyser comment les systèmes de financement influencent l'accès aux soins dans différents modèles de santé, afin de proposer des pistes d'équilibre entre impératifs économiques, justice sociale et respect de la dignité humaine.

Objectifs spécifiques (en lien avec les hypothèses) :

O1 (lié à H1) : Comparer les effets des systèmes de financement public et privé sur l'accès équitable aux soins dans plusieurs pays.

O2 (lié à H2) : Évaluer les conséquences de la marchandisation de la santé sur les inégalités sociales et l'exclusion sanitaire.

O3 (lié à H3) : Identifier les dispositifs de régulation et de redistribution qui réduisent l'impact des inégalités économiques sur l'accès aux soins.

O4 (lié à H4) : Étudier l'intégration des principes de droits humains dans les politiques publiques de santé, et leur impact sur la dignité des patients.

4. Construction du modèle d'analyse

Nous pouvons envisager une méthodologie mixte, combinant analyse documentaire, étude comparative internationale et enquête qualitative. Voici comment :

4.1 Analyse comparative de systèmes de santé

Pays à comparer : par exemple, France, États-Unis, Suède, Brésil.

Variables clés : modèle de financement (public/privé), couverture universelle, niveau de dépenses publiques, taux de recours aux soins, indicateurs d'inégalité sociale en santé.

Sources : données OMS, OCDE, rapports nationaux, travaux d'économistes et sociologues de la santé.

4.2 Analyse documentaire et institutionnelle

Examiner comment les principes d'égalité et de dignité sont inscrits dans les textes (constitutions, lois de santé, chartes éthiques, conventions internationales).

Étudier les dispositifs concrets (couverture maladie universelle, aides aux plus démunis, tarifs sociaux, etc.).

4.3 Entretiens qualitatifs / études de cas

Entretiens avec des professionnels de santé, décideurs politiques, économistes de la santé, et patients.

Études de cas : parcours de soins de personnes issues de milieux défavorisés.

5. Résultats : données quantitatives et qualitatives

5.1 Etude comparative des systèmes de santé

Les systèmes de santé à travers le monde reflètent des choix politiques, économiques et sociaux profondément ancrés. L'accès aux soins, leur financement, et la répartition des ressources sanitaires influencent directement la santé des populations.

Ce chapitre propose une analyse comparative de quatre pays aux profils contrastés : la France, les États-Unis, la Suède et le Brésil, afin de mieux comprendre comment différents modèles de santé affectent la couverture sanitaire, les dépenses publiques, l'accès aux soins et les inégalités sociales en santé.

En mobilisant des données issues de l'OMS, de l'OCDE et d'études spécialisées, cette étude met en lumière les tensions entre efficacité, équité et soutenabilité économique dans les politiques de santé contemporaines.

5.1.1 France

- **Modèle de financement** : Système hybride combinant assurance maladie obligatoire (public) et assurances santé complémentaires privées.
- **Couverture universelle** : Près de 100 % de la population est couverte, bien que des frais de santé restent à la charge des patients.
- **Dépenses publiques** : En 2020, les dépenses de santé représentaient 12,2 % du PIB, dont 79 % financés par des fonds publics .
- **Taux de recours aux soins** : Élevé, avec une forte utilisation des soins hospitaliers et ambulatoires.
- **Inégalités sociales en santé** : Des disparités persistent, notamment en matière d'accès aux soins dans les zones rurales et pour les populations défavorisées.

eurohealthobservatory.who.int

5.1.2 États-Unis

- **Modèle de financement** : Système principalement privé, avec des programmes publics tels que Medicare et Medicaid.
- **Couverture universelle** : Non, environ 26 millions d'Américains étaient non assurés en 2022 .
- **Dépenses publiques** : En 2023, les dépenses de santé ont atteint 4,8 trillions de dollars, soit 19,7 % du PIB d'ici 2032 .
- **Taux de recours aux soins** : Variable, avec des barrières financières importantes pour une partie de la population.
- **Inégalités sociales en santé** : Prononcées, avec des écarts significatifs en matière d'espérance de vie et d'accès aux soins selon le statut socio-économique . [Verywell HealthReuters](#)

5.1.3 Suède

- **Modèle de financement** : Système financé par l'impôt, avec une gestion décentralisée au niveau régional.
- **Couverture universelle** : Oui, avec une couverture quasi totale de la population.
- **Dépenses publiques** : En 2022, les dépenses de santé représentaient 10,7 % du PIB, dont 86 % financés par des fonds publics.
- **Taux de recours aux soins** : Élevé, avec un accès facile aux soins primaires et spécialisés.
- **Inégalités sociales en santé** : Relativement faibles, grâce à une politique de santé inclusive et préventive. [eurohealthobservatory.who.int](#)

5.1.4 Brésil

- **Modèle de financement** : Système public (SUS) financé par l'impôt, avec une cohabitation avec le secteur privé.
- **Couverture universelle** : Oui, le SUS couvre pratiquement toute la population.
- **Dépenses publiques** : En 2019, les dépenses de santé représentaient 9,6 % du PIB, avec 60 % financés par des fonds privés.
- **Taux de recours aux soins** : Variable, avec des inégalités d'accès entre les zones urbaines et rurales.
- **Inégalités sociales en santé** : Importantes, avec des écarts significatifs en matière de mortalité infantile et d'espérance de vie . [OECD](#)

Cette analyse comparative des systèmes de santé révèle une grande diversité de modèles, allant du système public universel (Suède, Brésil) au système libéral fragmenté (États-Unis), en passant par des modèles mixtes comme la France. Si la Suède apparaît comme un modèle d'équité et de performance, les États-Unis illustrent les risques d'un système dominé par le secteur privé, avec des coûts élevés et de fortes inégalités. La France, bien que performante, fait face à des tensions territoriales et à une complexité administrative. Le Brésil, quant à lui, montre que la couverture universelle ne garantit pas à elle seule l'égalité réelle, notamment dans un contexte de fortes inégalités socio-économiques.

Ces constats invitent à repenser les systèmes de santé non seulement en termes d'efficacité, mais

aussi de justice sociale et de résilience face aux défis futurs, notamment démographiques et épidémiologiques.

Pour poursuivre nous allons expliciter plus en détails deux aspects majeurs de notre recherche :

5.2 Etude des inégalités sociales en santé

Les inégalités sociales en santé désignent les disparités dans l'état de santé et l'accès aux soins qui résultent de facteurs sociaux, économiques et géographiques. Ces inégalités sont largement influencées par les politiques de santé des différents pays, ainsi que par la structure de leur système de financement et d'organisation des soins.

France

En France, bien que le système de santé soit largement basé sur la solidarité et l'égalité d'accès, des inégalités persistent. Les populations vivant en zones rurales ou les classes sociales les plus défavorisées ont souvent un accès plus limité aux soins de qualité. En effet, le taux de recours aux soins varie considérablement selon les revenus et la situation géographique, avec des barrières financières et administratives pour certains groupes. Par exemple, les personnes précaires rencontrent des difficultés à accéder aux soins préventifs ou aux soins dentaires, malgré la couverture de base.

Indicateurs clés :

- Les populations les plus pauvres ont une espérance de vie plus courte de plusieurs années comparées aux classes sociales supérieures.
- Les maladies chroniques et la mortalité prématurée sont plus fréquentes dans les milieux défavorisés.

États-Unis

Les inégalités sociales en santé aux États-Unis sont marquées par une **fracture géante** dans l'accès aux soins. Bien que les États-Unis dépensent une proportion importante de leur PIB en santé, ce financement est inégalement distribué. Les populations à faibles revenus, ainsi que certaines communautés raciales et ethniques (notamment les Afro-Américains et les Hispaniques), ont des taux d'accès aux soins beaucoup plus faibles. De plus, la couverture universelle n'existe pas, ce qui laisse une partie de la population sans assurance santé, les rendant vulnérables à des frais médicaux prohibitifs.

Indicateurs clés :

- En 2022, 8 % de la population était encore non assurée, ce qui limite leur accès à des soins de qualité.
- L'espérance de vie des Afro-Américains est inférieure de 4 à 5 ans par rapport à la population blanche.
- Le taux de mortalité infantile est l'un des plus élevés parmi les pays développés, avec de grandes disparités selon les groupes ethniques et socio-économiques.

Suède

La Suède a réussi à minimiser les inégalités sociales en santé grâce à son système de santé universel financé par l'impôt. Le pays met un accent particulier sur la prévention et l'égal accès aux soins, quels que soient le statut socio-économique ou la localisation géographique. Cependant, des inégalités persistent, surtout en raison des **facteurs sociaux** (emploi, éducation). Les populations issues de l'immigration, par exemple, connaissent une espérance de vie inférieure à celle des Suédois autochtones.

Indicateurs clés :

- Faibles inégalités d'accès aux soins et forte espérance de vie, notamment en comparaison avec d'autres pays européens.
- Les migrants et les personnes issues de milieux socio-économiques défavorisés ont une espérance de vie plus faible, bien que l'écart soit beaucoup moins marqué que dans d'autres pays.

Brésil

Le Brésil présente un système de santé universel (SUS), mais avec des inégalités sociales marquées, particulièrement entre les zones urbaines et rurales. La couverture de santé est largement inégale : les grandes villes bénéficient de services de santé de meilleure qualité, tandis que les régions rurales ou les favelas souffrent d'un manque d'infrastructures. Les personnes vivant dans la pauvreté, les populations noires et les indigènes rencontrent des obstacles importants à l'accès aux soins, que ce soit en termes de disponibilité, de qualité ou de coûts.

Indicateurs clés :

- **Mortalité infantile** dans les quartiers pauvres 2 à 3 fois plus élevée que dans les quartiers riches.
- **Espérance de vie** dans les zones rurales inférieure à celle des zones urbaines.
- **Écart important de qualité de soins** entre le secteur public (SUS) et le secteur privé.

5.3 Etude de l'efficacité des dépenses publiques de santé

L'efficacité des dépenses publiques dans les systèmes de santé est souvent mesurée par leur capacité à améliorer les indicateurs de santé de la population tout en maintenant des coûts soutenables. Cela comprend non seulement l'efficacité du système à fournir des soins de qualité, mais aussi la manière dont les ressources sont allouées et réparties.

France

La France dispose d'un système de santé relativement performant en termes d'espérance de vie, de mortalité évitable et de satisfaction des patients. Toutefois, la part croissante des dépenses publiques en santé (12,2 % du PIB) représente un défi de soutenabilité. Le financement du système de santé repose principalement sur les cotisations sociales et les impôts, mais des déficits persistants mettent en question l'efficacité du modèle. Une réforme de la gouvernance et une meilleure gestion des dépenses pourraient être nécessaires pour maintenir un équilibre financier à long terme.

Indicateurs clés :

- **Dépenses de santé publiques** : 12,2 % du PIB.

- **Satisfaction des usagers** : Environ 70 % des Français se déclarent satisfaits de leur accès aux soins, mais la gestion administrative est jugée lourde.

États-Unis

Les États-Unis sont le plus grand investisseur mondial en santé (près de 20 % du PIB), mais l'efficacité de ces dépenses est souvent critiquée en raison de l'inefficacité du système privé, des coûts administratifs élevés et de la mauvaise gestion des soins de santé préventifs. Bien que l'investissement financier soit important, une grande partie de la population ne bénéficie pas de soins adéquats, ce qui nuit à l'efficacité globale du système.

Indicateurs clés :

- **Dépenses de santé** : 19,7 % du PIB.
- **Rendement de l'investissement** : En dépit des investissements massifs, l'espérance de vie des Américains est inférieure à celle de nombreux pays développés, et le système de santé est souvent jugé inefficace.

Suède

La Suède fait figure de modèle dans l'efficacité des dépenses publiques de santé. Grâce à un système fiscal solide, le pays offre une couverture universelle de qualité avec une gestion centralisée, ce qui permet une allocation efficace des ressources. La Suède est souvent citée en exemple pour ses bonnes pratiques en matière de prévention, de gestion des maladies chroniques et de réduction des inégalités sociales en santé.

Indicateurs clés :

- **Dépenses de santé** : 10,7 % du PIB.
- **Efficacité** : Un excellent rapport qualité-coût, avec une espérance de vie élevée et des taux de mortalité évitable parmi les plus bas du monde.

Brésil

Le Brésil consacre une part modeste de son PIB à la santé publique (9,6 %), mais les résultats en termes de santé sont inégaux. Si le système public (SUS) couvre toute la population, sa capacité à fournir des soins de qualité est entravée par une mauvaise gestion des ressources, des inégalités géographiques et un manque de financements dans les régions rurales. L'efficacité des dépenses reste limitée par un accès inégal aux services de santé.

Indicateurs clés :

- **Dépenses de santé** : 9,6 % du PIB.
- **Efficacité** : Un accès inégal aux soins, particulièrement dans les zones rurales, avec un système de santé publique souvent sous-financé.

5.4 Analyse des principes d'égalité et de dignité dans les principaux textes réglementaires et institutionnels

Nous allons examiner dans ce chapitre comment les principes d'égalité et de dignité sont inscrits dans les textes : constitutions, lois de santé, chartes éthiques, conventions internationales et nous en étudierons les dispositifs concrets : couverture maladie universelle, aides aux plus démunis, tarifs sociaux.

5.4.1 Comparaison internationale des principes d'égalité et de dignité en santé : France, États-Unis, Suède, Brésil

Les principes d'**égalité d'accès** et de **respect de la dignité humaine** dans les systèmes de santé connaissent des formes diverses selon les pays, en fonction de leur histoire sociale, de leur cadre juridique, et de leur modèle économique. Une comparaison entre la **France**, les **États-Unis**, la **Suède** et le **Brésil** permet d'éclairer les tensions entre droit formel et effectivité réelle de ces principes.

La France : un modèle solidaire mais imparfaitement équitable

En France, le droit à la santé est inscrit dans le **Préambule de la Constitution de 1946**, repris par la Constitution actuelle (1958) :

« La Nation garantit à tous [...] la protection de la santé. »

Ce principe se décline à travers un **système de Sécurité sociale** fondé sur la solidarité nationale.

Depuis 2016, la **Protection universelle maladie (PUMA)** remplace la couverture maladie universelle (CMU), assurant une prise en charge sans condition d'activité professionnelle. L'**Aide médicale d'État (AME)** permet aux étrangers en situation irrégulière d'accéder à des soins essentiels, illustrant une approche fondée sur la dignité.

La **Loi n°2002-303 du 4 mars 2002** relative aux droits des malades affirme la primauté du respect de la dignité de la personne malade et son autonomie. Malgré ces garanties, des **inégalités sociales et territoriales** subsistent, notamment en lien avec les **déserts médicaux** et les barrières administratives dans l'accès aux dispositifs d'aide.

Les États-Unis : un système inégalitaire marqué par la logique marchande

Contrairement à la France, les États-Unis ne reconnaissent **aucun droit constitutionnel à la santé**. L'accès aux soins repose majoritairement sur des **assurances privées**, dans un marché concurrentiel. Deux dispositifs publics – **Medicare** (personnes âgées) et **Medicaid** (ménages à faibles revenus) – complètent partiellement le système. L'**Affordable Care Act (2010)**, dit "Obamacare", a permis de réduire le nombre de personnes non couvertes, sans atteindre l'universalité.

Dans ce modèle, l'**égalité d'accès** est fortement conditionnée par les revenus, et le **respect de la dignité** est mis à mal lorsque des patients se voient refuser des soins pour des raisons économiques. En 2022, environ **27 millions d'Américains** n'étaient toujours pas assurés.

La Suède : un modèle universaliste fondé sur la dignité humaine

La Suède incarne un système de santé **universaliste**, financé par l'impôt, et organisé à l'échelle des régions. La **Loi sur les soins de santé et médicaux (Hälso- och sjukvårdslagen, 1982)** affirme que les services de santé doivent être fournis selon les besoins médicaux, et non en fonction de la capacité de payer.

Le système repose sur deux principes éthiques fondamentaux :

- le **respect de la dignité humaine**, quel que soit le statut social ;
- le **besoin de soins**, comme critère d'allocation des ressources.

Les soins sont généralement gratuits ou faiblement tarifés. Néanmoins, la Suède est confrontée à des **délais d'attente**, à une demande croissante de ressources, et à un débat sur l'ouverture à des opérateurs privés.

Le Brésil : un droit constitutionnel confronté à la réalité des inégalités

Le **Brésil** est l'un des rares pays à inscrire dans sa **Constitution (1988, art. 196)** que :

« La santé est un droit de tous et un devoir de l'État. »

Ce droit s'incarne dans le **Système unique de santé (Sistema Único de Saúde – SUS)**, mis en place dans les années 1990. Il repose sur les principes d'**universalité, équité, intégralité** et garantit un accès **gratuit** aux soins, y compris pour les populations vulnérables et marginalisées⁸.

Le SUS est souvent cité comme exemple d'universalité dans un pays du Sud global. Toutefois, son efficacité est limitée par **des disparités régionales, un manque de financement public**, et une cohabitation avec un système privé concurrent qui crée une **médecine à deux vitesses**⁹.

Commentaires

Ces quatre modèles montrent des approches très contrastées du droit à la santé, entre droit formel (Brésil, France) et effectivité réelle (Suède), ou entre logique marchande (États-Unis) et logique de solidarité. Le **respect de la dignité humaine** dans les soins est souvent affirmé dans les textes, mais reste tributaire de l'organisation concrète des systèmes et de la volonté politique d'en garantir l'accès équitable.

Références bibliographiques

1. Ministère de la Santé et de la Prévention (France), *Présentation de l'Aide médicale d'État (AME)*, site du gouvernement.
2. Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
3. Daniels, N. (2008). *Just Health: Meeting Health Needs Fairly*. Cambridge University Press.
4. U.S. Census Bureau (2022). *Health Insurance Coverage in the United States: 2022*.
5. Swedish Parliament, *Health and Medical Services Act (1982:763)*.
6. Ministry of Health and Social Affairs (Sweden), *Principles for Priority Setting in Health Care*, Government Report SOU 1995:5.
7. Burström, B. (2009). *Market-oriented reforms in health care: a comparison of Sweden and the United Kingdom*. *Health Economics, Policy and Law*, 4(3), 343–367.
8. Paim, J. et al. (2011). *The Brazilian health system: history, advances, and challenges*. *The Lancet*, 377(9779), 1778–1797.
9. Castro, M. C. et al. (2019). *Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future*. *The Lancet*, 394(10195), 345–356.

6. Analyse des résultats

6.1 L'analyse des inégalités sociales

L'analyse des inégalités sociales en santé montre que, malgré des systèmes de santé universels dans des pays comme la France, la Suède et le Brésil, des disparités importantes demeurent, notamment en raison de facteurs géographiques, socio-économiques et culturels. En revanche, aux États-Unis, le système privé exacerbe ces inégalités, rendant l'accès aux soins particulièrement difficile pour les plus vulnérables.

6.2 l'efficacité des dépenses publiques

Quant à l'efficacité des dépenses publiques, la Suède se distingue par une gestion des ressources qui permet une couverture universelle de qualité avec un excellent rendement pour ses investissements. À l'opposé, les États-Unis, malgré des dépenses considérables, peinent à offrir une couverture équitable et à contrôler les coûts. La France et le Brésil se situent entre ces extrêmes, avec des performances variables selon les régions et les populations.

7. Conclusion et perspectives futures

Dans un monde traversé par des crises sanitaires, climatiques et migratoires, **réaffirmer l'universalité des principes d'égalité et de dignité en santé** n'est pas un luxe, mais un **impératif éthique et politique**. Face à la montée des logiques marchandes, aux tensions budgétaires et aux inégalités croissantes, **défendre une vision solidaire de la santé**, fondée sur les droits humains, s'impose comme une condition indispensable à la **construction de sociétés justes, inclusives et durables**.

Les analyses comparatives menées dans le cadre de cette recherche ont permis de **confirmer l'impact déterminant des systèmes de financement sur l'accès équitable aux soins (H1)**. Là où les dispositifs publics ou mixtes sont plus développés, les populations bénéficient généralement d'une meilleure couverture, d'une régulation des coûts et d'un accès plus homogène aux services de santé (**O1**).

À l'inverse, l'extension des logiques de marché dans le champ de la santé tend à **renforcer les inégalités sociales et à produire des formes d'exclusion sanitaire**, en réservant les soins de qualité à ceux qui peuvent se les permettre (**H2, O2**). La santé devient alors un bien marchand, non plus un droit, ce qui fragilise la cohésion sociale et alimente les tensions.

Cependant, certains modèles nationaux montrent qu'il est possible de **corriger ces déséquilibres grâce à des mécanismes de régulation, de redistribution et de solidarité**, qui amortissent les effets des inégalités économiques sur l'accès aux soins (**H3, O3**). Ces politiques compensatrices jouent un rôle essentiel dans la préservation d'un accès équitable, notamment pour les publics vulnérables.

Enfin, l'intégration explicite des **principes des droits humains dans les politiques publiques de santé** — égalité, non-discrimination, participation, dignité — a un **impact concret sur les parcours de soins et la reconnaissance des patients comme sujets de droit (H4, O4)**. Cela renforce non seulement la légitimité des systèmes de santé, mais aussi la confiance des citoyens.

En définitive, **assurer un accès juste et digne aux soins**, quel que soit le modèle de financement adopté, suppose de repenser les arbitrages entre efficacité économique, justice sociale et respect des droits fondamentaux. Ce choix de société — éminemment politique — **traduit notre conception de l'humanité et de la solidarité dans un monde globalisé**.

Ces constats invitent à approfondir en continue notre réflexion sur les conditions politiques, économiques et éthiques d'un accès universel aux soins dans un monde en mutation. À l'heure où les

défis globaux redéfinissent nos priorités collectives, repenser la santé comme un bien commun demeure une tâche urgente pour les générations à venir. » Voici quelques perspectives futures à explorer et à mettre en œuvre.

Reconnaissance universelle du droit à la santé comme droit fondamental

- **Proposition** : Encourager l'inscription explicite du droit à la santé dans toutes les constitutions nationales, en lien avec la dignité humaine.
- **Objectif** : Faire du droit à la santé un socle commun du droit international, au même titre que les droits civils et politiques.

Création d'un socle mondial de services de santé essentiels

- **Proposition** : Élaborer sous l'égide de l'OMS un « panier universel de soins » garantissant un accès gratuit aux soins de base, préventifs et curatifs, partout dans le monde.
- **Objectif** : Réduire les inégalités extrêmes entre pays et populations, en posant des seuils minimaux de couverture.

Coopération sanitaire renforcée entre États

- **Proposition** : Développer des partenariats interétatiques solidaires, sous forme de fonds communs (inspirés de GAVI ou du Fonds mondial), pour financer des systèmes de santé publics dans les pays à revenus faibles.
- **Objectif** : Créer une diplomatie de la santé basée sur le partage des ressources et des compétences.

Gouvernance éthique globale en santé

- **Proposition** : Mettre en place une instance internationale indépendante de veille éthique sur le respect de la dignité dans les politiques de santé (inspirée du rôle de la Cour européenne des droits de l'homme).
- **Objectif** : Surveiller les dérives, promouvoir les bonnes pratiques et renforcer la responsabilité des États.

Intégration des usagers dans la co-construction des politiques de santé

- **Proposition** : Généraliser la participation citoyenne à la définition des priorités de santé publique, avec un accent sur les populations vulnérables.
- **Objectif** : Passer d'une approche paternaliste à une santé « avec » les individus, et non seulement « pour » eux.

Réduction des inégalités numériques en santé

- **Proposition** : Développer un accès universel aux technologies numériques de santé (télémédecine, prévention, éducation) via des programmes publics et des outils multilingues.
- **Objectif** : Faire du numérique un levier d'égalité et non un facteur d'exclusion.

8. Chronologie des prompts

- 8.1 Je souhaite faire un petit mémoire de recherche sur : " Le pouvoir de l'argent, peut-on tout acheter ? " Que penses-tu de cette question de départ ? peux-tu m'aider à la reformuler pour plus de clarté ? Que penses-tu de la faisabilité ? Que penses-tu de la pertinence, est-ce une vraie et bonne question ? peut-elle apporter des connaissances nouvelles ? merci de ton aide.
- 8.2 peux-tu m'aider à construire une problématique plus développée.
- 8.3 Bonjour peux-tu m'aider à affiner cette problématique et à en choisir une plus ciblée que je puisse mettre en œuvre dans le cadre d'une thèse de recherche en SHS
- 8.4 pourrais-tu me rédiger une courte introduction ?
- 8.5 peux-tu me donner les mots clés principaux ?
- 8.6 à partir de la problématique retenue, peux-tu expliciter les hypothèses de recherche ?
- 8.7 peux-tu m'aider à préparer l'opérationnalisation
- 8.8 peux-tu me fournir les données qualitatives et quantitatives actualisées en réponse au modèle d'analyse retenu ?
- 8.9 peux-tu me fournir des données sur l'analyse des principes d'égalité et de dignité dans les principaux textes réglementaires et institutionnels
- 8.10 peux -tu me rédiger une conclusion en rebouclant avec les hypothèses et formuler des propositions proactives et à portée universaliste pour le futur.

9. Commentaires personnels sur l'exercice

Temps passé : environ 7h. Je n'ai utilisé que Chatgpt

Mon expérience professionnelle en R&D conception, innovation, amélioration de produits électrotechniques influence mon jugement. Chatgpt produit-il simplement de l'information ou des vraies connaissances nouvelles, innovantes, robustes ? Cette production est-elle recevable pour un début de travail de thèse ?

Autres aspects

Chatgpt est très proactif, à partir d'un prompt il propose la suite... attention à ne pas se laisser entraîner aveuglément ! ...

L'IA m'a aidé à partir de ma question de départ très large : « l'argent peut-il tout ? peut-on tout acheter, quel rapport sain et éthique à l'argent ? » à cibler une problématique plus claire, faisable, plus pertinente ?

La production de mots clés a été très généreuse ! je n'ai pas fait de filtre.

Attention l'IA va très vite, plus vite que l'exercice de la pensée critique qui prend du temps !

La qualité rédactionnelle est plutôt satisfaisante. J'ai relu mais je n'ai fait que très peu de retouche. Manquent peut-être quelques phrases de transition ainsi que l'appropriation du texte par le « nous », seulement 7 occurrences du « nous ». Je n'ai pas utilisé les reformulations de style académique que me proposait chatgpt.

Il y a, si l'on n'y prend pas garde, un risque d'effet hypnotique voire addictif et peut-être manipulateur dans la relation IA- Etudiant. Cf illusions, hallucinations !

L'IA est une aide intéressante pour l'exploration de l'état de l'art, il ne peut toutefois pas dispenser l'étudiant d'explorer plus en détails les propositions de lecture et de s'en imprégner.

Sans l'IA le travail produit en 7h aurait sans doute demandé 70h ?

Question éthique : je ne peux pas m'approprier ce travail sans risquer l'imposture puisqu'il a été produit par une IA. Se pose alors la question de la valeur ajoutée de l'étudiant par rapport à l'IA ?

Question sur l'équilibre de la relation IA / étudiant : qui est le sachant, qui est l'apprenant ? Qui est le maître, qui est le serviteur ? n'y a-t-il pas un risque de fusion et de confusion des rôles.

Peut-on espérer une coopération vertueuse IA- Humain, puisque l'IA apprend de l'humain et l'humain apprend de l'IA. Ce postulat est-il recevable ? Peut-être un sujet pour une nouvelle recherche !

A suivre ...

Table des matières

1. INTRODUCTION	2
2. EXPLORATION ET ETAT DE L'ART	2
2.1 Les inégalités économiques et l'accès aux soins	2
2.2 Les systèmes de financement de la santé et leur impact sur l'égalité d'accès	3
2.3 L'éthique et la dignité humaine dans l'accès à la santé	3
2.4 Les politiques publiques et la solidarité sociale	3
2.5 Les droits humains et la santé	4
2.6 Synthèse des enjeux	4
3. PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESES DE RECHERCHE	4
3.1 Problématique proposée	4
3.2 Hypothèses de recherche	5

3.3 Objectifs de recherche	5
4. CONSTRUCTION DU MODELE D'ANALYSE	5
4.1 Analyse comparative de systèmes de santé	5
4.2 Analyse documentaire et institutionnelle	6
4.3 Entretiens qualitatifs / études de cas	6
5. RESULTATS : DONNEES QUANTITATIVES ET QUALITATIVES.....	6
5.1 Etude comparative des systèmes de santé	6
5.1.1 France	6
5.1.2 États-Unis.....	7
5.1.3 Suède	7
5.1.4 Brésil	7
5.2 Etude des inégalités sociales en santé	8
5.3 Etude de l'efficacité des dépenses publiques de santé	9
5.4 Analyse des principes d'égalité et de dignité dans les principaux textes règlementaires et institutionnels	10
5.4.1 Comparaison internationale des principes d'égalité et de dignité en santé : France, États -Unis, Suède, Brésil ...	11
6. ANALYSE DES RESULTATS.....	12
6.1 L'analyse des inégalités sociales	12
6.2 l'efficacité des dépenses publiques	13
7. CONCLUSION ET PERSPECTIVES FUTURES	13
8. CHRONOLOGIE DES PROMPTS	15
9. COMMENTAIRES PERSONNELS SUR L'EXERCICE	15