

# LA SANTÉ N'EST PAS À VENDRE

Garantir un accès universel  
à des soins de santé de qualité

Natalie Van Gijssel - G3W

©Tineke D'haese/Oxfam



## INTRODUCTION

La santé est un droit fondamental. Les traités et accords internationaux imposent aux pays de veiller à ce que chacun.e puisse jouir de ce droit. Mais le droit à la santé est-il compatible avec les intérêts économiques? Quelles sont les conséquences pour la santé des accords de libre-échange conclus et/ou négociés par l'Union européenne avec les pays du Sud?

Cette série de documents politiques du groupe de travail Nord-Sud de la Plate-forme d'Action de Santé Solidarité et du groupe de travail sur les déterminants sociaux de la santé de Be-cause Health se penche sur les autres aspects de l'impact des politiques commerciales internationales sur la santé. Ces documents politiques abordent la politique commerciale internationale et le droit à la santé par le biais: (1) des droits de propriété intellectuelle (TRIPS), (2) du travail décent et (3) de la couverture maladie universelle.

## RÉSUMÉ

En réponse aux entraves financières et géographiques à l'accès aux soins de santé, de nombreux pays en développement amorcent un virage vers une couverture sanitaire universelle, souvent comprise comme un accord de financement destiné à garantir que chacun puisse accéder aux services de santé dont il a besoin sans courir de risque financier. À la base de cette approche, il y a les politiques de santé globales qui ont pour objet de promouvoir une implication croissante du secteur commercial dans la santé et la libéralisation des secteurs des services par des conventions commerciales et d'investissement.

Ces conventions portent toutefois atteinte à l'équité dans l'accès aux soins de santé. Pour assurer un accès réellement universel à des soins de santé de qualité, il est nécessaire de développer des systèmes de santé forts dans tous les aspects, notamment l'accès aux médicaments et aux technologies essentiels et une capacité suffisante de professionnels de la santé bien formés et motivés. Tous ces aspects sont compromis dans les accords de libre-échange. Les gouvernements doivent de ce fait garantir une cohérence dans la politique de santé et s'assurer que les accords sur le commerce et l'investissement ne portent pas atteinte à l'accès aux soins de santé.

## 1

## Couverture sanitaire universelle VS Système universel de soins de santé

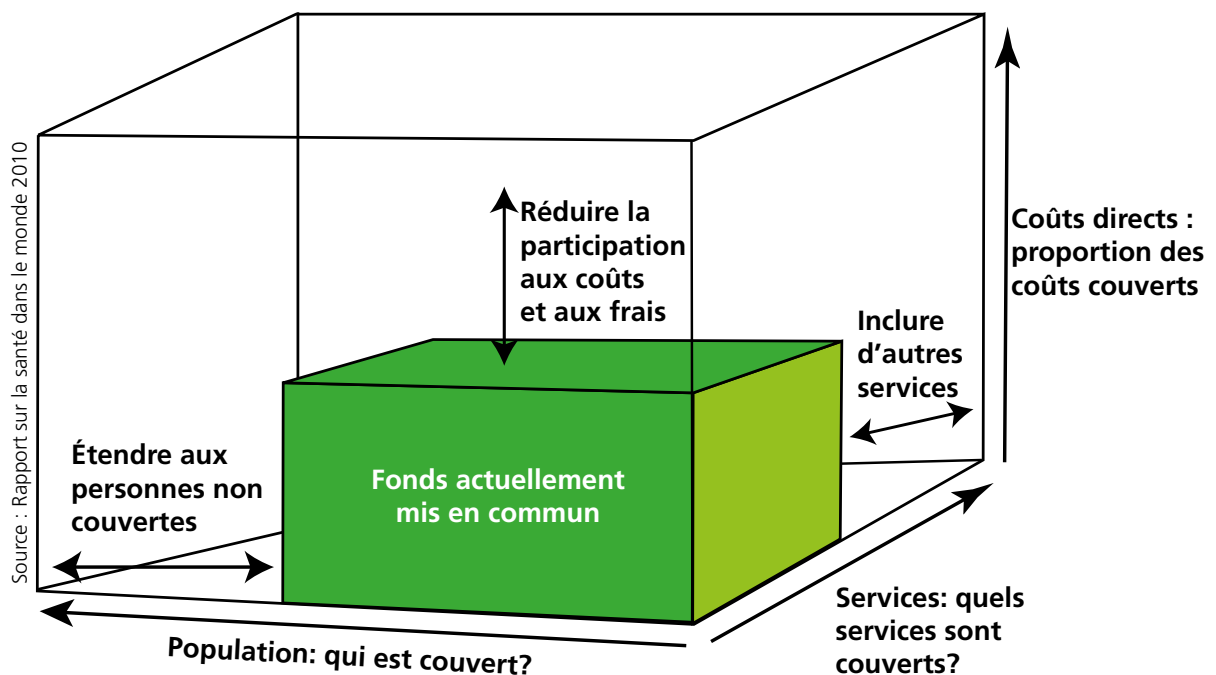
Il existe d'importantes disparités en matière de santé entre les pays en développement et les pays riches. Les pays à revenus faibles et moyens supportent 90 % de la charge globale des maladies alors qu'ils ne représentent que 12 % des dépenses de santé globales<sup>1</sup>. En d'autres termes, les personnes les plus vulnérables, qui ont les plus grands besoins de soins de santé n'y ont pas accès. De fait, 1,3 milliards de personnes sur la planète n'ont aucun accès à des soins de santé abordables et efficaces.

Aujourd'hui, la couverture sanitaire universelle (CSU) est souvent avancée parmi les solutions<sup>2</sup> pour améliorer l'accès aux soins de santé dans les pays en développement. La CSU est définie par l'Organisation mondiale de la Santé (2010) comme «un système qui veille à ce que l'ensemble de la population ait

accès aux services de santé dont elle a besoin sans que leur coût n'entraîne des difficultés financières pour les usagers ». D'après l'OMS<sup>3</sup>, la couverture sanitaire universelle en tant que concept « repose sur la Constitution de 1946<sup>4</sup>, qui proclame que la santé est l'un des droits fondamentaux de tout être humain ».

Le rapport sur la santé dans le monde 2010, Le financement des systèmes de santé : le chemin vers une couverture universelle<sup>5</sup>, a illustré le concept par le « cube de la CSU » (voir illustration), dans lequel une expansion progressive (1) des services couverts pour (2) la totalité de la population alors que (3) les fonds mis en commun pour financer les soins de santé augmentent.

### Trois dimensions à considérer lors de la progression vers une couverture universelle.



Ce modèle gagne en popularité. Depuis 2010, plus de 80 pays ont demandé à l'OMS une assistance technique dans le but de passer à ce modèle. Les économies émergentes comme le Brésil, la Russie, l'Inde, la Chine et l'Afrique du Sud (les BRICS), qui représentent près de la moitié de la population mondiale, entreprennent toutes des démarches pour mettre en place la CSU. En 2012, l'Assemblée générale des Nations

Unies a adopté une résolution historique<sup>6</sup> appelant les États membres à adopter des politiques de CSU et, plus récemment, l'Organisation Internationale du Travail (OIT) a, elle aussi, pris le train en marche<sup>7</sup>. Tant la Banque mondiale<sup>8</sup> que l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) ont proposé la CSU parmi les éléments clés des Objectifs du développement durable finalisés en septembre 2015<sup>9</sup>.

Toutefois, si de nombreux et puissants acteurs mondiaux de la santé plaident à présent en faveur de la CSU, notamment la Banque mondiale et l'OMS, des acteurs privés tels que les Fondations Gates et Rockefeller et des revues académiques influentes telles que The Lancet, le concept est interprété de façons différentes. La CSU signifie-t-elle une couverture d'assurance maladie universelle ? Ou la CSU signifie-t-elle fournir des soins de santé de qualité pour tous ? Quel rôle l'État doit-il jouer ? Doit-on s'appuyer sur le secteur privé ?

## Accent sur les finances

Le concept de la CSU n'est pas totalement nouveau et, depuis ses débuts, l'accent est mis sur le « financement durable ». L'une des premières mentions de la CSU date de la 58<sup>e</sup> Assemblée mondiale de la Santé de 2005, lors de laquelle une résolution<sup>10</sup> incitait les états membres « à faire en sorte que les systèmes de financement de la santé prévoient le recours au paiement anticipé des cotisations financières pour les soins de santé en vue de répartir le risque sur l'ensemble de la population et d'éviter les dépenses de santé catastrophiques et la paupérisation de personnes ayant besoin de soins. »<sup>2</sup> Cette recommandation a été inspirée par certaines expériences réalisées à la fin des années 1990 et au début des années 2000 sur des plans d'assurance universels, plus particulièrement dans les pays d'Amérique latine<sup>11</sup>. Aujourd'hui, l'orientation préconisée qui domine l'agenda de la CSU est la mise en œuvre de programmes d'assurance couvrant un ensemble limité de services sanitaires.

## Un système sanitaire ne se limite pas à un accord financier

Si le débat fait rage à propos des accords de financement de la santé visant à mettre en place l'accès universel aux services sanitaires, d'autres aspects clés du système de santé tels que la fourniture d'un service sanitaire sont largement passés sous silence. La recherche classique sur la CSU<sup>12</sup> se concentre sur le financement de la santé par l'État et limite généralement le rôle de ce dernier à celui

d'« acheteur » de services de santé et en balayant d'un revers de la main son rôle antérieur de principal pourvoyeur<sup>13</sup>. Paradoxalement, l'OMS admet que la CSU requiert un système de santé fort, efficace et correctement géré ; l'accès à des médicaments et des technologies essentiels et une capacité suffisante d'acteurs de la santé bien formés et motivés<sup>14</sup>. Vivian Lin, directrice Système de santé du bureau régional de l'OMS pour le Pacifique occidental signale dans The Lancet que « la seule protection du risque financier est insuffisante et sans la disponibilité de soins de santé qualitatifs, la CSU n'a pas de sens » (2014b).

## La CSU ferme les yeux sur la commercialisation des soins de santé

Dans le même temps, les organisations de la société civile ont averti que la prescription relative à la CSU est à présent dominée par le recours à des programmes d'assurance qui affaiblissent les systèmes de santé publics, en laissant la porte ouverte à la privatisation de la fourniture des soins de santé<sup>15</sup>. L'exemple typique de cette tendance est le Programme pour le changement de la Coopération au développement de l'Union européenne<sup>16</sup> qui pousse à une implication accrue du secteur privé. Il affirme que « L'UE ne doit investir dans les infrastructures que lorsque le secteur privé n'est pas en mesure de procéder à ces investissements aux conditions du marché ». La Commission européenne souhaite créer un environnement commercial favorable<sup>17</sup> dans les pays en développement et « catalyser les investissements privés ». Le document stipule en outre que « L'UE doit mettre en place de nouvelles voies de dialogue avec le secteur privé, notamment en vue de renforcer les activités et les ressources déployées par le secteur privé pour offrir des biens publics », notamment des soins de santé. Dans un communiqué de presse<sup>18</sup> (13 mai 2014, p. 13), le Commissaire européen pour la Coopération au Développement de l'époque, Andris Piebalgs, confirmait que la Commission tend à encourager les partenariats avec des sociétés privées pour « la fourniture des services de base tels que l'énergie, l'eau, les soins de santé et l'éducation ».

D'après la Commission européenne, la privatisation et la libéralisation des échanges vont de pair. Le Programme pour le changement affirme : « Des mesures plus efficaces et mieux ciblées en matière d'aide aux activités commerciales et de facilitation des échanges doivent accompagner ces efforts [de privatisation] ». Les gouvernements plaident en faveur du commerce et des investissements comme outil de croissance économique et ils cherchent à réduire les barrières non-tarifaires, notamment sur des services essentiels tels que la santé ou l'éducation. Cette démarche illustre le désintérêt total pour le rôle de l'État dans la régulation des fournisseurs de santé commerciaux dans le but de protéger l'intérêt public.

### Négociations commerciales au sein de l'Organisation mondiale du commerce

Les accords de libre-échange multilatéraux, régionaux et bilatéraux affectent les services de santé, directement par le commerce dans les services de santé et, indirectement, par la libéralisation dans les secteurs du support et l'impact sur les conditions de vie quotidiennes et l'environnement de vie des personnes. L'Organisation mondiale du commerce (OMC) fournit un cadre multilatéral de libéralisation des échanges par le biais d'accords contraignants pour les États membres<sup>19</sup>. L'Accord Général sur le Commerce des Services (AGCS) sous l'égide de l'OMC souligne les voies par lesquelles le commerce affecte les services de santé, à savoir par le tourisme médical, l'e-santé, la migration des professionnels de la santé et les investissements étrangers directs<sup>20</sup> dans l'infrastructure sanitaire par exemple. Le plus grand risque que le commerce fait courir aux services de santé réside dans la création d'un système à deux vitesses, offrant des soins extrêmement spécialisés, principalement privés, qui ont recours à des technologies de pointe, réservés aux privilégiés et des services de santé publics basiques, qui manquent de ressources, destinés aux pauvres, ainsi que l'exacerbation d'une fuite des cerveaux au niveau international par la migration des professionnels de la santé et une fuite des cerveaux au niveau national, du service public vers le privé. Cette tendance ne fera que dégrader l'accès des pauvres qui habitent dans les zones rurales et urbaines à des services de santé qualitatifs.

### Le nouveau régime : OMC écartée

Étant donné la résistance croissante des pays en développement au sein de l'OMC, les puissances économiques telles que les États-Unis et l'Union européenne mettent à présent plus largement l'accent sur les accords sur le commerce et l'investissement bilatéraux et régionaux, contournant ainsi l'OMC dans le but de faire progresser l'agenda commercial. Cette « nouvelle génération » d'accords sur le commerce et l'investissement – dont l'Accord sur le commerce des services (ACS) et le Partenariat transatlantique de commerce et d'investissement (TTIP) et le Partenariat Transpacifique (PTP) – actuellement en cours de négociation, cherchent à libéraliser les secteurs des services, avec pour conséquence la commercialisation croissante des soins de santé suivant la même logique que les conditions imposées par le GATS mais en allant encore plus loin.

### Le champ d'action politique en péril

Par conséquent, la libéralisation dans le secteur des services mine largement le champ d'action des gouvernements en matière de politique publique. Les décisions adoptées par les gouvernements actuels seront saisies dans un accord contraignant, ainsi qu'un mécanisme de règlement des litiges efficace. Ce type de mécanisme permet aux sociétés privées d'intenter une action contre les gouvernements lorsque des mesures adoptées sont susceptibles d'impacter négativement les bénéficiaires des entreprises. De plus, s'il apparaît, après la libéralisation et la commercialisation du secteur de la santé, qu'il serait préférable de conserver les soins de santé publics ou d'y revenir afin de garantir un accès universel, il sera très difficile, si pas (légalement) impossible d'inverser les conséquences négatives des engagements précédemment contractés. C'est pourquoi il est important d'évaluer soigneusement les impacts sur la santé et l'accès aux soins de santé avant de s'engager dans une libéralisation scellée dans des accords contraignants.

### Un système universel de soins de santé

## 3 Position

### par l'action publique

L'approche étroite définie pour la Couverture sanitaire universelle, dans laquelle les questions du financement et de la gestion sont scindées de la question de la fourniture de services de santé et où l'État n'est plus le seul responsable, mais bien un partenaire du secteur privé et de la société civile, peut mener à la diminution de l'accès aux soins de santé.



©Tineke D'haese/Oxfam

De fait, un système de santé ne doit pas être un simple agglomérat d'équipements disséminés et de prestataires de services, mais bien un réseau intégré d'équipements et de services situés de façon adéquate aux niveaux primaire, secondaire et tertiaire. Le seul accent de la CSU sur le financement de la santé dans le but d'assurer l'accès aux soins de santé contraste amplement avec la vision des soins de santé primaires envisagée dans la déclaration d'Alma-Ata de 1978, qui appelle à la création de systèmes de santé susceptibles de fournir des soins étendus, intégrés, organisés de manière à promouvoir l'équité et orientés vers les besoins de la communauté.

Les systèmes de santé qui reposent principalement sur la fourniture et le financement publics des soins de santé se montrent plus efficaces en termes d'accès équitable aux soins de santé. Un système public unique semble également être plus efficace, alors que les systèmes privatisés sont plus largement fragmentés et impliquent des frais de transaction plus élevés. La comparaison des systèmes de santé chilien et costaricain par exemple, montre que le marché chilien où des assurances privées et publiques coexistent est défavorable à l'efficacité<sup>21</sup>. Le secteur public dominant au Costa Rica offre un meilleur accès aux services de santé, pour des dépenses inférieures à celle qui sont constatées au Chili. L'exemple cubain<sup>22 23 24</sup> souligne le fait que de bons résultats

sanitaires sont possibles dans un système de santé public unique et moyennant un accent marqué sur des soins de santé primaires complets. D'autres pays ont augmenté la disponibilité des services de santé en investissant dans l'infrastructure sanitaire publique (Thaïlande<sup>25</sup>, Sri Lanka<sup>26</sup>).

### L'accès aux soins de santé mis en danger par leur commercialisation

De plus, l'externalisation de la fourniture des soins de santé à des investisseurs commerciaux est préjudiciable pour le secteur public car elle détourne des ressources rares. Le secteur privé lucratif aux Philippines et l'émigration massive des professionnels de la santé éloignent ces derniers du secteur public du pays en offrant des salaires plus élevés est une illustration de ce propos<sup>27</sup>. Cette « fuite des cerveaux » nationale et internationale peut porter atteinte à la disponibilité des soins de santé dans les zones rurales des pays en développement. Elle prive la population locale de l'accès à des services de santé essentiels en créant une pénurie de professionnels de la santé dans le secteur public et dans les zones rurales. À l'inverse, les pays qui offrent des incitants importants pour retenir les professionnels de la santé dans le secteur public ou dans les zones rurales (Sri Lanka, Cuba) ont réussi à promouvoir une fourniture de services équitables.

### Pas de commerce dans les services de santé

Étant donné le risque en termes d'équité de l'accès à des soins de santé de qualité et l'obligation de respecter, réaliser et protéger le « droit à la santé et aux soins de santé » équitable pour tous, les gouvernements doivent se montrer prudents lorsqu'ils engagent les secteurs des services sur la voie de la libéralisation commerciale. D'autant plus que les accords commerciaux sont contraignants et qu'il devient de ce fait difficile, voire impossible, d'en inverser les conséquences négatives à un stade ultérieur. Il est particulièrement important de respecter le principe de précaution, c'est-à-dire qu'aucun accord contraignant ne doit être signé avant d'obtenir la preuve que la santé de la population et l'accès aux soins de santé seront efficacement protégés. La réalisation d'évaluations de l'impact sanitaire et social doit être rendue obligatoire et les résultats de ces évaluations doivent guider les décisions. De plus, le système de santé doit être protégé par une dérogation dans les accords sur le commerce et l'investissement, ce qui permettra à l'État de préserver l'accès aux soins de santé.

## CONCLUSION

Le bilan médiocre en matière d'accès aux soins de santé dans les pays en développement est encore exacerbé par des politiques de privatisation du secteur de la santé. L'ouverture accrue du secteur de la santé à des investissements privés à but lucratif renforce l'inégalité dans l'accès aux soins de santé et, de ce fait, l'inégalité dans les résultats sanitaires, ce qui suscite de graves préoccupations en termes de justice sociale. Si elle est importante, la couverture santé ne peut à elle seule réaliser l'accès universel aux services de santé si d'autres aspects du système de santé tels que des services de santé financièrement inabordables et l'insuffisance des professionnels de la santé minent dans le même temps les résultats sanitaires. C'est pourquoi l'Union européenne doit s'abstenir de développer des politiques qui soutiennent ou poussent de tels efforts de privatisation du secteur de la santé. Au contraire, l'UE doit promouvoir des politiques de santé qui garantissent des soins de santé abordables, accessibles, qualitatifs et acceptables pour tous et qui s'inscrivent dans la lignée du « droit à la santé », afin de réaliser une couverture sanitaire universelle et une inclusion réelle des habitants des pays en développement. Des systèmes de santé publics forts doivent être développés, notamment l'accès à des médicaments et technologies essentiels, la disponibilité des infrastructures de soins de santé et des professionnels de la santé bien formés et motivés. La cohérence politique en faveur de la santé doit protéger cette dernière ainsi que l'accès aux soins de santé, par l'exclusion du système de santé des accords sur le commerce et l'investissement, l'application du principe de précaution et en rendant obligatoire la réalisation préalable d'évaluation de l'impact sanitaire et social.

## RECOMMANDATIONS POLITIQUES

### Générales

Afin de garantir un accès véritablement universel à des soins de santé de qualité, il faut impérativement développer des systèmes de santé forts dans tous leurs aspects, notamment l'accès aux médicaments et technologies essentiels et à une capacité suffisante de professionnels de la santé correctement formés et motivés. Dans ce contexte, la définition du Système universel de soins de santé comme un système de financement est trop restrictive pour contribuer suffisamment à l'objectif de ce système. Les gouvernements doivent donc plaider pour une définition plus étendue. Les gouvernements doivent jouer leur rôle d'acteur public et garantir la cohérence politique en faveur de la santé et de l'accès aux soins de santé et s'assurer que les accords sur le commerce et l'investissement ne minent pas ces objectifs.

### Spécifiques

Dans le développement des systèmes de santé actuels et futurs, l'UE doit :

1. Plaider pour qu'ils soient conformes à la vision des soins de santé primaires telle que définie dans la déclaration d'Alma-Ata de 1978, qui appelle à la création de systèmes de santé susceptibles de fournir des soins étendus, intégrés, organisés de manière à promouvoir l'équité et orientés vers les besoins de la communauté.
2. Respecter le principe de précaution
3. Rendre les évaluations préalables de l'impact sanitaire et social obligatoires et prendre des décisions en fonction des résultats.
4. Activer le rôle du gouvernement qui consiste à sauvegarder un accès équitable aux soins de santé en excluant le système de santé des accords sur le commerce et l'investissement.
5. Empêcher des politiques de développement qui soutiennent ou encouragent les efforts de libéralisation dans le secteur de la santé.
6. Promouvoir des politiques de santé qui garantissent des soins de santé abordables, accessibles, qualitatifs et acceptables pour tous et qui s'inscrivent dans la lignée du « droit à la santé », afin d'attendre une couverture sanitaire universelle et une inclusion réelle des habitants des pays en développement.

## RÉFÉRENCES

- 1 Don de Savigny and Taghreed Adam (Eds). Systems thinking for health systems strengthening. Alliance for Health Policy and Systems Research, WHO, 2009.
- 2 Universal health coverage: a smart investment. Jim Yong Kim, Dr Judith Rodin. Huffington Post Impact blog. December 12, 2014. From: [http://www.huffingtonpost.com/judith-rodin/universal-health-coverage\\_b\\_6315414.html](http://www.huffingtonpost.com/judith-rodin/universal-health-coverage_b_6315414.html) (last accessed on June 17th, 2015)
- 3 [http://www.who.int/features/qa/universal\\_health\\_coverage/en/](http://www.who.int/features/qa/universal_health_coverage/en/)
- 4 <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1>
- 5 World Health Report 2010: Health systems financing, the path towards universal health coverage. <http://www.who.int/whr/2010/en/>
- 6 [http://www.un.org/ga/search/view\\_doc.asp?symbol=A/67/L.36&referer=http://www.un.org/en/ga/info/draft/index.shtml&Lang=E](http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/67/L.36&referer=http://www.un.org/en/ga/info/draft/index.shtml&Lang=E)
- 7 [http://www.ilo.org/global/about-the-ilo/newsroom/news/WCMS\\_326227/lang--en/index.htm](http://www.ilo.org/global/about-the-ilo/newsroom/news/WCMS_326227/lang--en/index.htm)
- 8 <http://www.worldbank.org/en/topic/health/publication/universal-health-coverage-for-inclusive-sustainable-development>
- 9 Anon, 2015. Universal health coverage post-2015 : putting people first. The Lancet, 384(9960), p.2083. Available at: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)62355-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)62355-2). (accessed on January 29th, 2015)
- 10 World Health Assembly Resolution 58.33 (2005) From: [http://www.who.int/health\\_financing/documents/cov-wharesolution5833/en/](http://www.who.int/health_financing/documents/cov-wharesolution5833/en/) (last accessed on June 15th, 2015)
- 11 Sengupta, A. (2013). Universal Health Coverage : beyond rhetoric.
- 12 Research for Universal Health Coverage, RESYST, 2014. <http://resyst.lshtm.ac.uk/resources/research-universal-health-coverage>
- 13 Resilient and responsive health systems (RESYST), 2015. Research for universal health coverage.
- 14 [http://www.who.int/health\\_financing/GlobalPushforUHC\\_final\\_11Jul14-1.pdf](http://www.who.int/health_financing/GlobalPushforUHC_final_11Jul14-1.pdf)
- 15 Sengupta, A. (2013). Universal Health Coverage : beyond rhetoric. Municipal Services Project Occasional Paper 20, November 2013.
- 16 [http://ec.europa.eu/europeaid/what/development-policies/documents/agenda\\_for\\_change\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/europeaid/what/development-policies/documents/agenda_for_change_en.pdf)
- 17 [http://europa.eu/rapid/press-release\\_IP-14-551\\_en.htm](http://europa.eu/rapid/press-release_IP-14-551_en.htm)
- 18 [http://europa.eu/rapid/press-release\\_IP-14-551\\_en.htm](http://europa.eu/rapid/press-release_IP-14-551_en.htm)
- 19 Available from: [http://www.wto.org/english/thewto\\_e/whatis\\_e/tif\\_e/agrm1\\_e.htm](http://www.wto.org/english/thewto_e/whatis_e/tif_e/agrm1_e.htm) (accessed on March 28, 2014)
- 20 Smith RD, Chanda R, Tangcharoensathien V. Trade in health-related services. The Lancet. 2009;373(9663):593-601
- 21 Luis Ortiz Hernández and Diana Pérez Salgado. Chile and Costa Rica: Different roads to universal health in Latin America. Municipal Services Project, 2014.
- 22 Bonet-gorbea, M., Vos, P. De, & Van Der Stuyft, P. (2012). Public health services , an essential determinant of health during crisis. Lessons from Cuba , 1989 2000, 17(4), 46979. doi:10.1111/j.1365-3156.2011.02941.x
- 23 Devi, S. (2014). Cuba's economic reforms prompt debate about soins de santé. The Lancet, 383(9914), 29495. doi:10.1016/S0140-6736(14)60090-8
- 24 De Vos, P., & Van der Stuyft, P. (2009). The right to health in times of economic crisis: Cuba's way.
- 25 Amit Sengupta (2013) "Universal health coverage: Beyond rhetoric" MSP Occasional Paper No. 20. Cape Town: Municipal Services Project. <http://www.municipalservicesproject.org/publication/universal-health-coverage-beyond-rhetoric>
- 26 Amit Sengupta (2012) Creating, Reclaiming, Defending: Non-commercialized Alternatives in the Health Sector in Asia. In David McDonald and Greg Ruiters (eds.), Alternatives to Privatization: Public Options for Essential Services in the Global South, London: Routledge.
- 27 "Critical Condition: Privatized Health in the Philippines", IBON Foundation, 2015.