Organisation mondiale de la Santé

SOIXANTE-SIXIÈME ASSEMBLÉE MONDIALE DE LA SANTÉ **A66/24**
Point 17.3 de l'ordre du jour provisoire **22 mars 2013**

Couverture sanitaire universelle

Rapport du Secrétariat

1. À sa cent trente-deuxième session, le Conseil exécutif a pris note d'une version antérieure du présent rapport.[1] La version présentée ici a été actualisée pour tenir compte des observations formulées par les États Membres sur ce document et donner un aperçu de la réunion de niveau ministériel organisée à l'intention des hauts responsables de la santé et des finances sur les progrès faits par les pays sur la voie de la couverture sanitaire universelle (Genève, 18 et 19 février 2013).

2. La couverture sanitaire universelle est de plus en plus considérée comme indispensable pour assurer de meilleurs services de santé et comme un but fédérateur pour le développement des systèmes de santé. Rien qu'en 2012, quatre grandes réunions internationales de haut niveau ont souligné combien il était important de tendre vers la couverture sanitaire universelle ; il en est résulté la Déclaration de Bangkok, la Déclaration ministérielle de Kigali, la Déclaration politique de Mexico et la Déclaration de Tunis.

3. Ces déclarations s'inspirent du *Rapport sur la santé dans le monde, 2008*, dans lequel la couverture universelle était présentée comme l'un des quatre principes directeurs des soins de santé primaires ; du *Rapport sur la santé dans le monde, 2010*, qui montrait comment les pays pouvaient modifier leur système de financement de la santé pour instaurer la couverture sanitaire universelle ; et de la réunion ministérielle de Berlin sur le financement de la couverture sanitaire universelle, lors de laquelle le Rapport 2010 a été présenté.

4. La couverture sanitaire universelle contribue au développement durable, elle en découle et offre un moyen de le mesurer. Son rôle à cet égard a été noté à la Conférence des Nations Unies sur le développement durable (Rio+20)[2] et dans une nouvelle résolution de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la santé mondiale et la politique étrangère.[3]

5. D'autres processus internationaux renforcent encore le lien entre la couverture des services de santé essentiels et la protection contre le risque financier, notamment l'initiative du Secrétaire général de l'ONU « Chaque femme, chaque enfant » (septembre 2010) et la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles (septembre 2011).

---

[1] Voir le document EB132/22 et le procès-verbal de la treizième séance du Conseil exécutif à sa cent trente-deuxième session, section 4.

[2] Voir la résolution 66/288 de l'Assemblée générale des Nations Unies, L'avenir que nous voulons.

[3] Voir la résolution 67/81 de l'Assemblée générale des Nations Unies.

6. Les décisions prises dernièrement dans des forums internationaux pour faire de la couverture sanitaire universelle un objectif des politiques de santé et de développement sont le reflet de ce qui se passe au niveau des pays. Des pays à revenu faible ou intermédiaire aussi différents que le Brésil, la Chine, l'Équateur, le Ghana, l'Indonésie, le Maroc, le Rwanda, la Sierra Leone, la Thaïlande et la Turquie ont pris des mesures pour modifier leur système de santé dans le but d'instaurer la couverture universelle, et plusieurs pays à haut revenu qui subissent les effets de la crise financière et économique persistante cherchent à préserver leurs acquis.

7. Les pays qui appliquent ces stratégies considèrent que la couverture sanitaire universelle se compose de deux éléments interdépendants : la couverture par les services de santé indispensables (prévention, promotion, traitement, réadaptation et soins palliatifs) et la couverture contre le risque financier, pour tous.[1] La couverture sanitaire universelle vise à ce que chacun obtienne les services de santé dont il a besoin sans risque de ruine financière. La couverture universelle par les services de santé indispensables, de bonne qualité, comprend à son tour de nombreux éléments, dont l'accès universel aux médicaments, aux produits sanitaires et aux technologies essentiels ; un personnel de santé motivé, en nombre suffisant, ayant la bonne combinaison de compétences et assurant des services de proximité ; et des systèmes d'information qui fournissent en temps voulu des informations utiles pour prendre des décisions.

8. À titre d'exemple, il ressort d'une récente analyse du système de couverture universelle thaïlandais que l'assurance-maladie (entièrement financée par des fonds publics) destinée aux personnes démunies et au secteur non structuré rend les services plus accessibles à ses bénéficiaires et leur offre une meilleure protection contre le risque financier. Mais, pour obtenir ce résultat, d'autres mesures ont été prises dans l'ensemble du système de santé, notamment dans le but de garantir la disponibilité des médicaments essentiels, de maintenir les agents de santé dans les zones rurales, d'instaurer des programmes de santé prioritaires au niveau adéquat du système de santé, et de suffisamment financer la promotion de la santé et la prévention.

9. Pour s'acheminer vers la couverture sanitaire universelle, il faut avancer sur plusieurs fronts : la gamme de services auxquels la population a accès (médicaments, produits médicaux, agents de santé, infrastructures et informations nécessaires pour garantir la qualité) ; la proportion du coût de ces services qui est couverte ; et la proportion de la population qui est couverte. Ces acquis doivent être préservés en cas de récession financière ou économique. La couverture sanitaire universelle ne consiste pas à instaurer un ensemble minimum de services prédéterminés.

10. La couverture par les services indispensables se traduit par l'amélioration ou le maintien de l'état de santé, elle permet aussi aux adultes de gagner leur vie et aux enfants d'apprendre, leur fournissant ainsi un moyen d'échapper à la pauvreté. Parallèlement, la protection contre le risque financier évite que les dépenses de santé directes ne réduisent les malades à la pauvreté. Elle contribue donc à résorber la pauvreté et elle est, par définition, une manifestation concrète des notions d'équité en santé et de droit à la santé.

11. Compte tenu de cela, l'Assemblée de la Santé, dans la résolution WHA64.9 qu'elle a adoptée en 2011, a prié le Directeur général d'établir un plan d'action qui permette au Secrétariat de soutenir les États Membres en vue de la réalisation de la couverture universelle. Cette résolution s'appuie sur la

[1] Le financement des systèmes de santé : le chemin vers une couverture universelle. *Rapport sur la santé dans le monde, 2010*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2010.

résolution WHA58.33 adoptée en 2005,[1] et le Directeur général y est aussi prié d'établir un rapport sur les progrès accomplis sur la voie de la couverture sanitaire universelle, notamment en ce qui concerne le financement équitable et durable de la santé et la protection sociale dans les États Membres. Depuis 2005, l'Assemblée mondiale de la Santé et les comités régionaux ont adopté plus de 80 résolutions sur le financement de la santé ou le développement des systèmes de santé, ce qui montre l'engagement collectif en faveur du renforcement des systèmes de santé et des principes de la couverture sanitaire universelle.

PROGRÈS RÉALISÉS SUR LA VOIE DE LA COUVERTURE SANITAIRE UNIVERSELLE

12. Des progrès constants ont été réalisés sur la voie de la couverture sanitaire universelle dans l'ensemble du monde, s'agissant aussi bien de la couverture des services de santé (en particulier ceux qui ont un rapport avec les objectifs du Millénaire pour le développement) que des taux de protection contre le risque financier et du renforcement des systèmes de santé en général.

13. C'est une des raisons expliquant la baisse importante du taux de mortalité de la mère et de l'enfant dans la plus grande partie du monde depuis l'an 2000.

14. L'amélioration des conditions socio-économiques en général a aussi contribué à ces progrès. L'indicateur du développement humain mesure trois éléments importants : la santé, l'éducation et le revenu. Entre 2005 et 2011, l'indicateur révèle une amélioration partout dans le monde et c'est dans les pays les moins avancés que les progrès sont les plus rapides. La proportion de la population mondiale vivant dans la pauvreté a elle aussi diminué, encore que, paradoxalement, les inégalités de revenu semblent s'être creusées dans de nombreux pays pendant la même période. Grâce aux progrès accomplis dans ces domaines et à l'égard d'autres déterminants sociaux, il est plus facile de récolter des fonds pour la santé, d'étendre la gamme des services de santé, d'améliorer leur qualité, d'augmenter leur couverture et d'obtenir de meilleurs résultats sanitaires.

15. Malgré ces avancées, il reste beaucoup à faire. On estime qu'un milliard de personnes démunies dans le monde ne bénéficient pas des services de santé dont elles ont besoin. Ainsi, la proportion d'accouchements se déroulant en présence de personnel qualifié est passée de 44 % à 45 % seulement entre 2000 et 2010 en Afrique subsaharienne, et il semble que la couverture de la plupart des services de santé nécessaires pour prévenir ou traiter les maladies non transmissibles soit faible dans de nombreux pays du monde. Les disparités de la couverture des services de santé et du niveau de protection contre le risque financier restent considérables à l'intérieur des pays.

16. Beaucoup de pays manquent encore cruellement d'agents de santé et ont du mal à maintenir les effectifs dans les zones mal desservies. L'accès à des médicaments essentiels d'un prix abordable était meilleur pendant la période 2007-2011 que lors des cinq années précédentes, mais la disponibilité des médicaments essentiels (génériques) dans un échantillon de pays à revenu de la tranche faible à intermédiaire n'était que de 50,1 % dans les établissements publics et de 67 % dans les établissements privés. Plus d'un milliard de personnes n'avaient pas accès aux médicaments essentiels. Dans la majorité des pays, les systèmes d'information demeurent incapables de fournir des données sur la couverture de la plupart des interventions de prévention et de traitement des maladies non transmissibles.

[1] Voir également le document A65/26, rapport de situation A, sur le renforcement des systèmes de santé.

17. Dans de nombreux pays, malgré la hausse des dépenses de santé, les fonds restent insuffisants pour garantir la couverture universelle même par un ensemble minimal de services de santé (c'est-à-dire permettant la prévention, la promotion de la santé, le traitement, la réadaptation et les soins palliatifs). Le Groupe spécial de haut niveau sur le financement international novateur des systèmes de santé a estimé que, pour assurer la couverture par un ensemble minimal de services, les pays avaient besoin, en moyenne, de US $44 par habitant en 2009 et auraient besoin de US $60 en 2015.[1] En 2010, les dépenses de santé étaient de US $32 par habitant en moyenne dans les pays à revenu faible ; 26 États Membres continuaient à dépenser moins de US $44 par habitant pour la santé toutes sources de financement confondues, soutien des donateurs compris.

18. Le niveau des paiements directs par les patients reste élevé dans beaucoup de régions. On estime que, faute d'être suffisamment protégées du risque financier, 150 millions de personnes se trouvent dans une situation financière catastrophique et 100 millions passent au-dessous du seuil de pauvreté.

19. En 2013, des débats vont commencer au sein des Nations Unies pour faire le point des progrès accomplis dans la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement et pour fixer de nouveaux objectifs pour l'après-2015. Il est indispensable d'agir plus vite en ce qui concerne les objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé et de prendre des mesures pour faire face à la charge croissante des maladies qui ne figurent pas dans la Déclaration du Millénaire, y compris les maladies non transmissibles. Pour s'acheminer vers la couverture universelle, il faut regrouper les activités consacrées à chaque problème de santé prioritaire en renforçant les systèmes de santé.

20. L'objectif de la couverture universelle définit un cadre pour renforcer les axes de travail décrits ci-dessus et oriente clairement les travaux relatifs aux politiques et stratégies de santé nationales.

ACTION DU SECRÉTARIAT

21. Le plan d'action visant à aider les États Membres à élaborer des stratégies financières pour s'acheminer vers la couverture sanitaire universelle a été finalisé.[2] Demandé par l'Assemblée de la Santé dans sa résolution WHA64.9, il est axé sur l'appui technique et politique aux pays et sur la collecte, l'analyse et la diffusion des données dont les pays ont besoin. En outre, il favorise l'échange de données d'expérience entre les pays, étant donné que ceux-ci devront adapter les solutions à leurs besoins.

22. Le plan d'action vise à garantir que tous les pays bénéficient d'un appui technique lorsqu'ils en ont besoin. Depuis la publication du *Rapport sur la santé dans le monde, 2010*, plus de 70 pays ont sollicité un appui de l'OMS dans le domaine du financement de la santé. Pour répondre à la demande croissante, le Secrétariat collabore avec des partenaires, notamment dans le cadre du réseau *Providing for Health* et de l'initiative *Harmonisation pour la santé en Afrique*.

23. Le plan d'action est principalement axé sur le financement de la santé, sur lequel portent aussi les résolutions WHA58.33 et WHA64.9. Un des aspects de l'appui technique prévus dans le plan consiste à déterminer comment les pays peuvent évaluer leur situation en termes de financement de la

[1] Sauf indication contraire, les moyennes ne sont pas pondérées.

[2] Le plan d'action, intitulé *Health systems financing: the path to universal health coverage, plan of action*, est disponible à l'adresse http://www.who.int/health_financing/en/index.html (consulté le 12 mars 2013).

couverture sanitaire universelle et le fonctionnement de leur système de financement de la santé. Les autres volets de l'appui technique consistent notamment à obtenir davantage de crédits pour la santé quand cela est nécessaire, à réduire les paiements directs pour répartir les risques financiers moyennant le prépaiement et la mise en commun des fonds, et à utiliser les crédits de façon plus efficace et plus équitable.

24. L'un des grands défis consiste à améliorer la qualité et la disponibilité des services de santé à un prix abordable pour le secteur non structuré, mais cet objectif ne fait pas partie du plan d'action. C'est pourquoi le Secrétariat s'emploie à augmenter l'appui technique et politique fourni aux États Membres pour faciliter le dialogue sur les politiques, les stratégies et les plans de santé nationaux en général et sur les approches permettant d'agir sur les déterminants sociaux de la santé.

25. Le Secrétariat continue à apporter son concours aux États Membres pour mettre en place des systèmes d'information sanitaire efficaces ; élargir l'accès aux médicaments et technologies essentiels, à un coût abordable ; mettre au point et instaurer des systèmes d'accréditation ; fidéliser un personnel de santé compétent et motivé ; et améliorer la gouvernance dans le domaine de la santé, notamment en ce qui concerne la réglementation et le rôle du secteur privé.

26. L'importance accordée au dialogue politique dont il est question plus haut sur les politiques, les stratégies et les plans de santé nationaux a permis plus systématiquement de rendre cohérents des systèmes fragmentés et de mieux unifier l'appui du Secrétariat aux différentes composantes des systèmes de santé. Elle a également facilité l'intégration des programmes de lutte contre les maladies dans le travail général de renforcement des systèmes de santé, parallèlement aux démarches entreprises par le Partenariat international pour la santé pour mieux harmoniser et aligner l'aide, en mettant l'accent sur les résultats sanitaires.

27. Des activités de renforcement des capacités sont également menées au niveau régional, par exemple le programme de formation de la Région européenne destiné aux responsables des politiques de financement de la santé, qui a démarré en 2011 et qui est axé sur la couverture sanitaire universelle. Une réunion de niveau ministériel consacrée aux progrès faits par les pays sur la voie de la couverture sanitaire universelle a été organisée conjointement avec la Banque mondiale à Genève (18 et 19 février 2013) à l'intention des hauts responsables de la santé et des finances. Les participants étaient résolument favorables à l'instauration de systèmes de santé conformes à l'idéal de la couverture sanitaire universelle, à savoir que chacun, quelle que soit sa capacité financière, doit avoir accès aux services de santé dont il a besoin, sans exposer sa famille à un risque financier.

28. De nombreux délégués ont exprimé l'espoir que la couverture sanitaire universelle figurerait parmi les objectifs de développement de l'après-2015.

29. Les participants ont estimé que le travail qu'il reste à faire pour atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé devrait focaliser l'attention au niveau mondial et que la couverture par des services de santé adéquats, disponibles, d'un coût abordable et de qualité était déterminante pour la réalisation de ces objectifs, en particulier pour les populations vulnérables. Dans un même temps, prenant conscience de la charge des maladies non transmissibles, on accorde de plus en plus d'importance à la prévention et à la promotion, au rôle des services de soins de santé primaires dans l'offre de soins au long cours et de soins chroniques, et à la bonne utilisation des hôpitaux.

30. Les participants ont insisté sur l'indispensable participation des acteurs de plusieurs secteurs (y compris les chercheurs), de la société civile, des partenaires de développement et des organisations internationales. Les ministères de la santé jouent un rôle essentiel en dirigeant et en coordonnant l'action et en plaidant la cause de la santé, au sein des gouvernements et au-delà, y compris dans le

secteur privé, mais l'interaction avec les autres acteurs gouvernementaux, et en particulier les ministères des finances, est capitale. Surtout, comme l'ont souligné de nombreux intervenants, il est indispensable d'obtenir un engagement politique au plus haut niveau.

31. Les participants ont souscrit aux grandes orientations du plan d'action de l'OMS, ont reconnu qu'il importait également de renforcer les autres aspects du système de santé, et ont engagé l'OMS et la Banque mondiale à collaborer ensemble pour soutenir les pays aux niveaux mondial, régional et national, sachant que les pays n'en sont pas au même stade sur le chemin qui mène à la couverture sanitaire universelle et que chaque pays suit sa propre voie.

32. Les pays ont certains besoins en commun, comme celui de mieux suivre les progrès et de mieux évaluer les réformes, ou le besoin de mécanismes permettant de mieux rattacher les éléments d'appréciation à la politique au niveau national. Les participants ont régulièrement souligné combien il importait de suivre les progrès accomplis sur la voie de la couverture sanitaire universelle, et ils ont demandé à l'OMS et à la Banque mondiale de mettre au point un cadre de suivi qui aiderait les pays à mesurer leur progression.

MESURES À PRENDRE PAR L'ASSEMBLÉE DE LA SANTÉ

33. L'Assemblée de la Santé est invitée à prendre note du présent rapport.

= = =