Organisation mondiale de la Santé

SOIXANTE-DOUZIÈME ASSEMBLÉE MONDIALE DE LA SANTÉ **A72/14**
Point 11.5 de l'ordre du jour provisoire **25 mars 2019**

Couverture sanitaire universelle

Préparation de la réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la couverture sanitaire universelle

Rapport du Directeur général

1. À sa cent quarante-quatrième session en janvier 2019, le Conseil exécutif a pris note d'une version antérieure du présent rapport[1] et a adopté la résolution EB144.R10.

2. Le présent rapport est soumis à l'Assemblée mondiale de la Santé pour examen conformément à la demande formulée au paragraphe 24 de la résolution 72/139, adoptée en 2017,[2] par laquelle l'Assemblée générale des Nations Unies a décidé de consacrer une réunion de haut niveau à la couverture sanitaire universelle (CSU).[3]

LA COUVERTURE SANITAIRE UNIVERSELLE : UN PROJET ESSENTIEL POUR LA SANTÉ PARTOUT DANS LE MONDE

3. Depuis plus de 10 ans, les milieux de la santé sont aux prises avec la transition épidémiologique, des statistiques qui changent la donne et l'évolution des technologies. Il ressort de statistiques récentes :[4]

a) qu'au moins la moitié de la population mondiale n'a toujours pas accès aux services de santé essentiels ;

b) que quelque 800 millions de personnes consacrent plus de 10 % du budget de leur ménage aux soins de santé ;

---

[1] Voir le document EB144/14 et les procès-verbaux de la cent quarante-quatrième session du Conseil exécutif, seizième séance, section 3.

[2] Voir https://undocs.org/fr/A/RES/72/139 (consulté le 21 février 2019).

[3] Par couverture sanitaire universelle, on entend que chacun bénéficie des services de santé dont il a besoin, y compris les services de santé publique dont l'objet est de promouvoir une meilleure santé, de prévenir les maladies et d'offrir des prestations à des fins de traitement, de réadaptation et de palliation d'une qualité qui garantisse leur efficacité, sans que le recours à ces services n'expose la personne concernée à des difficultés financières.

[4] Les statistiques sanitaires qui figurent dans le présent rapport sont tirées du *Rapport mondial de suivi 2017 : la couverture-santé universelle*. Groupe de la Banque mondiale/OMS, Washington D. C. et Genève, 2018.

c) qu'une centaine de millions de personnes plongent chaque année dans l'extrême pauvreté du fait de ces dépenses directes ;

d) que les dépenses directes représentent environ 32 % des dépenses en santé de chaque pays.

4. Cette situation a suscité une évolution de la réflexion autour du développement, qui privilégiait depuis longtemps les efforts de lutte contre la maladie. Si l'OMS reste axée sur les maladies, elle perçoit la nécessité de relever d'autres défis, en particulier la couverture sanitaire universelle et le renforcement des systèmes de santé.

LA COUVERTURE SANITAIRE UNIVERSELLE DANS LE CONTEXTE DES OBJECTIFS DE DÉVELOPPEMENT DURABLE

5. Dans le Programme de développement durable à l'horizon 2030, adopté par l'Assemblée générale des Nations Unies en septembre 2015, les États Membres se sont engagés à nouveau à promouvoir la santé et le bien-être de leur population. Plusieurs des 17 objectifs de développement durable figurant dans ce programme sont assortis de cibles liées à la santé, comme l'objectif 3 (Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge). La cible 3.8 (Faire en sorte que chacun bénéficie d'une couverture sanitaire universelle, comprenant une protection contre les risques financiers et donnant accès à des services de santé essentiels de qualité et à des médicaments et vaccins essentiels sûrs, efficaces, de qualité et d'un coût abordable), ainsi que les autres cibles liées à la santé relatives à d'autres objectifs de développement durable, sont essentielles pour atteindre l'objectif 3 dans son ensemble.

6. La couverture sanitaire universelle est à la fois un but en soi et un moyen d'atteindre d'autres buts. Elle est cruciale pour s'attaquer aux problèmes de santé publique, en particulier pour garantir que le système de santé soit réactif. La couverture sanitaire universelle permettra aussi de prévenir les maladies et de promouvoir la santé. Il est donc évident que sa réalisation passe nécessairement par la mise en œuvre à plus grande échelle des interventions de santé publique.

7. La progression sur la voie de la couverture sanitaire universelle est un processus continu. La cible 3.8 est assortie de deux indicateurs : le 3.8.1, qui concerne la couverture des services de santé essentiels, et le 3.8.2, qui a trait à la part de la population incluse dans des ménages qui doivent engager d'importantes dépenses en santé. Ces indicateurs constituent la démarche entreprise le plus récemment pour contrôler les progrès accomplis à l'échelle mondiale sur la voie de la couverture sanitaire universelle.

COUVERTURE DES SERVICES

8. Les niveaux de couverture des services varient considérablement d'un pays à l'autre. Telle que mesurée par l'indice de couverture des services, c'est en Asie de l'Est (77), en Amérique du Nord et en Europe (77) que la CSU est la plus élevée et en Afrique subsaharienne qu'elle est la plus basse (42), tandis qu'elle est intermédiaire en Asie du Sud (53). L'indice est corrélé avec les taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans, avec l'espérance de vie et avec l'indice de développement humain.

9. La couverture des services essentiels a augmenté depuis 2000. Les évolutions de l'indice de couverture des services de la CSU au cours du temps ne sont pas encore disponibles, mais la couverture moyenne pour un sous-ensemble de neuf indicateurs de référence utilisés dans l'indice, associés à des séries chronologiques connues, s'est accrue de 1,3 % par an, soit une augmentation d'environ 20 % entre 2000 et 2015. Pour ces neuf indicateurs de référence, l'augmentation la plus rapide se rapporte à

la couverture du traitement antirétroviral pour le VIH (de 2 % en 2000 à 53 % en 2016) et à l'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide pour la prévention du paludisme (de 1 % en 2000 à 54 % en 2016). Bien que l'insuffisance des données ne permette pas de mesurer de façon probante le nombre de personnes bénéficiant d'une couverture adéquate des services, il est clair qu'au moins la moitié de la population mondiale ne bénéficie pas de l'ensemble des services essentiels.

10. Pour ce qui concerne certains services de santé, plus d'un milliard de personnes souffrent d'une hypertension non maîtrisée, plus de 200 millions de femmes ne bénéficient pas d'une couverture adéquate en matière de planification familiale, près de 20 millions de nourrissons ne reçoivent pas en totalité, voire pas du tout, la première série de vaccins contenant des valences diphtérie, tétanos et coqueluche (DTC), et il est donc encore plus probable qu'ils ne reçoivent pas les autres vaccins recommandés.

DÉPENSES CATASTROPHIQUES EN SANTÉ

11. Dans ce domaine, les efforts en matière de couverture sanitaire universelle portent sur deux problèmes : « les dépenses catastrophiques en santé », à savoir les dépenses directes (non remboursées par un tiers) qui dépassent les moyens financiers d'un ménage, et les « dépenses en santé appauvrissantes », c'est-à-dire celles qui contraignent un ménage, à l'occasion d'un événement de santé défavorable, à dépenser de l'argent normalement consacré à d'autres usages que les soins médicaux, comme l'alimentation, le logement et l'habillement, au point de passer sous le seuil de pauvreté.

12. L'incidence des dépenses catastrophiques en santé est rapportée selon deux seuils : des dépenses directes supérieures à 10 % du montant total de la consommation ou du revenu du ménage et des dépenses directes supérieures à 25 % de ce même montant. C'est cette approche qui a été retenue pour le cadre de suivi des objectifs de développement durable. À l'échelle mondiale, on estime qu'en 2010, 808 millions de personnes (11,7 % de la population mondiale) ont engagé à leur charge des dépenses directes en santé supérieures à 10 % de l'ensemble de la consommation ou du revenu du ménage et que, au regard du seuil de 25 %, 179 millions de personnes (2,6 % de la population mondiale) ont engagé ces dépenses.

13. En 2010, la Région du Pacifique occidental affichait le taux le plus élevé (14,8 %) au regard du seuil de 10 %. Elle était suivie de la Région de l'Asie du Sud-Est (12,8 %), qui compte le plus grand nombre de ménages dépassant à la fois le seuil de 10 % et celui de 25 %. Depuis 2000, le pourcentage et la taille de la population mondiale devant faire face à des dépenses catastrophiques en santé ont augmenté au regard des deux seuils : pour le seuil de 10 %, la Région africaine et la Région de la Méditerranée orientale sont celles où les taux augmentent le plus vite (+4,9 % par an en moyenne), suivies de la Région du Pacifique occidental (+3,6 % par an). La Région des Amériques est la seule où le pourcentage et la taille de la population confrontés à des dépenses catastrophiques en santé ont diminué entre 2005 et 2010 (-2,05 % par an en moyenne).

DÉPENSES APPAUVRISSANTES EN SANTÉ

14. Les indicateurs des dépenses appauvrissantes en santé ne font pas partie en soi de l'indicateur officiel des objectifs de développement durable relatif à la couverture sanitaire universelle, mais ils relient directement la couverture sanitaire universelle à l'objectif de développement durable 1 (Éliminer la pauvreté sous toutes ses formes et partout dans le monde). Ces indicateurs, mesurés en dollars internationaux ($), sont fondés sur les seuils internationaux de pauvreté, soit $1,90 par jour en parité de pouvoir d'achat de 2011 pour l'extrême pauvreté et $3,10 par jour en parité de pouvoir d'achat de 2011 pour la pauvreté modérée. Ces deux seuils de pauvreté sont trop bas pour rendre compte

de l'appauvrissement dans les pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure et dans les pays à revenu élevé. L'incidence de l'appauvrissement a donc été mesurée en calculant la différence entre le nombre de pauvres ayant dû faire face à des dépenses directes incluses dans le montant total de la consommation ou du revenu du ménage et le nombre de pauvres dont les dépenses directes n'étaient pas incluses dans le montant total de la consommation ou du revenu total du ménage.

15. En 2010, on estimait à 97 millions (1,4 % de la population mondiale) le nombre de personnes appauvries par les soins de santé, au regard du seuil de pauvreté de $1,90 par jour ; si on considère le seuil de pauvreté de $3,10 par jour, le chiffre était de 122 millions (1,8 %). Pour ces deux seuils de pauvreté internationaux, les taux d'appauvrissement dans les pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure et dans les pays à revenu élevé sont proches de zéro voire nuls. Pour le seuil de pauvreté de $1,90 par jour en 2010, le nombre et le pourcentage de personnes appauvries dans le monde sont passés de 130 millions (2,1 %) à 97 millions (1,4 %) entre 2000 et 2010. En revanche, par rapport au seuil de $3,10 par jour, le pourcentage et le nombre de personnes appauvries ont augmenté, passant de 106 millions (1,7 %) à 122 millions (1,8 %).

16. En 2010, les Régions africaine et de l'Asie du Sud-Est affichaient les taux d'appauvrissement les plus élevés au regard du seuil de pauvreté de $1,90 par jour (3,12 % et 1,65 %, respectivement) ; au vu du seuil de pauvreté de $3,10 par jour, c'est dans les Régions de l'Asie du Sud-Est et du Pacifique occidental que les taux d'appauvrissement étaient les plus élevés. Entre 2000 et 2010, l'incidence des dépenses appauvrissantes en santé a diminué dans les Régions africaine et du Pacifique occidental par rapport aux seuils de pauvreté de $1,90 et de $3,10 par jour, tandis que la Région de l'Asie du Sud-Est a enregistré une baisse vis-à-vis du seuil de pauvreté de $1,90 par jour (-2,5 %) et une augmentation pour le seuil de pauvreté de $3,10 par jour (+2,8 %).

17. L'engagement et le soutien politiques doivent être forts et continus, les gouvernements doivent accorder plus d'espace budgétaire à la santé, il faut investir davantage dans les systèmes de prestation de soins, dans les soins de santé primaires et dans des personnels de santé dévoués, et il est indispensable de renforcer les capacités de mise en œuvre. Ces éléments sont tous importants pour parvenir à la couverture sanitaire universelle.

18. Dans le cadre de la contribution de l'OMS à la fois à la réalisation du Programme de développement durable à l'horizon 2030 et à la promotion d'une approche multisectorielle coordonnée pour mettre en œuvre les objectifs de développement durable, le Secrétariat travaille avec les États Membres et les partenaires de l'OMS pour mettre en œuvre le treizième programme général de travail de l'OMS, 2019-2023. L'Organisation collabore aussi avec d'autres organisations internationales pour mettre au point un « plan d'action mondial pour la santé et le bien-être de tous » dans le but d'apporter un meilleur soutien aux États Membres dans leurs efforts pour atteindre les objectifs de développement durable liés à la santé, y compris la cible 3.8 sur la couverture sanitaire universelle.

PORTÉE, MODALITÉS, FORMAT ET ORGANISATION DE LA RÉUNION DE HAUT NIVEAU

19. Dans la résolution 72/139, dont sont coauteurs 71 États Membres œuvrant dans un même esprit, l'Assemblée générale a décidé par consensus de consacrer une réunion de haut niveau à la couverture sanitaire universelle en 2019 et a prié le Président de l'Assemblée générale, en étroite collaboration avec le Directeur général de l'OMS et en consultation avec les États Membres, de préparer cette réunion afin d'en tirer le meilleur parti possible et d'envisager quels pourraient en être les résultats.

20. À sa soixante-treizième session, l'Assemblée générale a adopté la résolution 73/131 sur la portée, les modalités, le format et l'organisation de la réunion de haut niveau sur la couverture sanitaire universelle, dont les principales dispositions sont les suivantes :

a) la réunion de haut niveau aura pour thème « Couverture sanitaire universelle : œuvrer ensemble pour un monde en meilleure santé » ;

b) la réunion de haut niveau, d'une durée d'une journée, se tiendra à New York la veille de l'ouverture du débat général de la soixante-quatorzième session de l'Assemblée générale, de 9 heures à 13 heures et de 15 heures à 18 heures, et comprendra une séance d'ouverture, une séance plénière consacrée au débat général, deux tables rondes multipartites et une brève séance de clôture ;

c) les thèmes des tables rondes multipartites tiendront compte de l'orientation et des résultats de précédents mécanismes et initiatives en matière de santé ainsi que de la concertation interactive multipartite, l'objectif étant de tirer le meilleur parti possible de cette réunion et d'envisager quels pourraient en être les résultats ainsi que de mettre en commun les données d'expérience et les enseignements tirés pour remédier aux lacunes restantes ;

d) les participants à la réunion de haut niveau approuveront une déclaration politique concise et pragmatique, qui aura obtenu un consensus préalable au terme de négociations intergouvernementales ;

e) le Président de l'Assemblée générale est prié d'organiser et de présider, avant la fin du mois de juillet 2019, avec l'appui de l'OMS et d'autres partenaires compétents, une concertation interactive multipartite à laquelle participeront activement certains hauts représentants d'États Membres et d'observateurs auprès de l'Assemblée générale, des parlementaires et des représentants d'autorités locales, d'organismes compétents des Nations Unies, d'organisations non gouvernementales dotées du statut consultatif auprès du Conseil économique et social (ECOSOC), d'organisations de la société civile conviées, de fondations philanthropiques, du milieu universitaire, d'associations médicales, du secteur privé et de groupes variés, en veillant à ce que les femmes, les enfants, les jeunes et les dirigeants autochtones soient représentés et entendus dans le cadre du processus de préparation ;

f) l'Assemblée générale a souligné la nécessité pour la réunion de haut niveau de compléter et de renforcer les mécanismes et initiatives, passés ou en cours, en matière de santé, notamment les réunions de haut niveau sur le VIH/sida, sur la résistance aux agents antimicrobiens, sur la lutte contre la tuberculose et sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles, et a accueilli favorablement la Conférence mondiale sur les soins de santé primaires (Astana, Kazakhstan, octobre 2018) qui pourrait contribuer aux débats qui seront tenus à la réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la couverture sanitaire universelle.

PRÉPARATION DES DOCUMENTS FINAUX DE LA RÉUNION DE HAUT NIVEAU

21. Conformément à la demande formulée au paragraphe 24 de la résolution 72/139 susmentionnée, la nature du soutien apporté par l'OMS pour la préparation de la réunion de haut niveau sera définie selon les orientations données par ses organes directeurs, les forums politiques mondiaux/régionaux de haut niveau et ses partenaires, en vue de préparer un projet de déclaration politique pour la réalisation de la couverture sanitaire universelle.

22. Les principaux objectifs du processus de préparation sont les suivants :

a) permettre aux États Membres d'entamer un débat et de soutenir la préparation d'un projet de déclaration politique pour la réalisation de la couverture sanitaire universelle, en vue de son adoption lors de la réunion de haut niveau ;

b) transformer les engagements politiques déjà pris en engagements concrets à agir, notamment pour améliorer les moyens de mise en œuvre de la couverture sanitaire universelle ;

c) appeler toutes les parties prenantes à harmoniser leur soutien aux États Membres afin que la couverture sanitaire universelle devienne peu à peu une réalité.

23. Plusieurs questions pourront être abordées dans le projet de déclaration politique, dont les inquiétudes suscitées par la stagnation de la mise en œuvre de la couverture sanitaire universelle et la nécessité d'une application active à l'échelle mondiale. Des problèmes pourront être repérés et des mesures concrètes pourront être proposées à l'intention du Secrétariat, des États Membres et des partenaires du développement. Le projet de déclaration pourra également comporter un cadre en vertu duquel tous les acteurs impliqués, et en particulier les gouvernements, devront rendre compte de leurs engagements vis-à-vis de la couverture sanitaire universelle. Un mécanisme de suivi et d'évaluation pourra être prévu pour examiner les progrès sur la voie de la couverture sanitaire universelle au niveau des pays sous trois angles – la couverture de la population, la couverture des services et la couverture des dépenses – afin de repérer les blocages et de définir des valeurs de référence pour un suivi jusqu'en 2030, année qui correspond au terme du délai imparti pour la réalisation des objectifs de développement durable.

24. Dans le cadre du processus de préparation, comme proposé dans la résolution 73/131 de l'Assemblée générale, l'OMS aidera le Président de l'Assemblée générale à organiser et à présider, avant la fin du mois de juillet 2019, une concertation interactive multipartite, à laquelle participeront tous les partenaires. En outre, l'Organisation apportera un soutien et participera à des forums politiques mondiaux et régionaux pertinents et compilera les apports de tous les partenaires, y compris les organisations de la société civile, le secteur privé et divers groupes, au processus de préparation.

25. L'Assemblée mondiale de la Santé et le Conseil exécutif apporteront une contribution essentielle au débat éclairé sur les mesures concrètes qui s'imposent et montreront ainsi la voie à suivre pour que des décisions de fond soient prises lors de la réunion de haut niveau.

MESURES À PRENDRE PAR L'ASSEMBLÉE DE LA SANTÉ

26. L'Assemblée de la Santé est invitée à prendre note du présent rapport et à consacrer l'essentiel de ses discussions à la formulation d'orientations stratégiques qui permettront à la communauté internationale de consentir un effort coordonné en vue d'atteindre la couverture sanitaire universelle.

27. L'Assemblée de la Santé est également invitée à adopter le projet de résolution recommandé par le Conseil exécutif dans la résolution EB144.R10.

= = =