



Assemblée générale

Distr. générale
20 septembre 2013
Français
Original : anglais

Soixante-huitième session
Point 129 de l'ordre du jour
Santé mondiale et politique étrangère

Santé mondiale et politique étrangère

Note du Secrétaire général

Le Secrétaire général a l'honneur de transmettre ci-joint un rapport établi par le Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé relatif aux expériences des pays sur la voie d'une couverture sanitaire universelle, conformément à la résolution [67/81](#) de l'Assemblée générale.



Rapport du Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé sur la santé mondiale et la politique étrangère

Résumé

Le présent rapport décrit les mesures prises pour mettre en œuvre les recommandations énoncées dans la résolution 67/81 de l'Assemblée générale sur la santé mondiale et la politique étrangère.

Il rassemble et analyse les expériences passées et présentes de certains États Membres dans leurs tentatives pour parvenir à la couverture sanitaire universelle ou la maintenir. Il examine par ailleurs ses liens avec les socles de protection sociale déterminés au niveau national, et s'agissant du partage, de la création ou du renforcement des capacités institutionnelles afin de favoriser l'adoption par les pays de mesures efficaces, fondées sur des données factuelles, concernant la mise au point de systèmes de couverture sanitaire universelle, y compris le suivi des flux de dépenses sanitaires par l'application de cadres comptables types.

Le rapport analyse également l'importance et le rôle des partenariats dans l'atteinte de meilleurs résultats en matière de santé et la résolution des problèmes auxquels sont confrontés le secteur et les acteurs des soins de santé, notamment la marche à suivre pour parvenir à une couverture sanitaire universelle.

Les conclusions reconnaissent les interrelations déterminantes entre la santé et la politique étrangère. Elles mettent en lumière l'importance d'un accès universel à des services de santé de haute qualité et à une protection contre le risque financier, les deux composantes de la couverture sanitaire universelle qui permettent d'améliorer la santé et la prospérité économique des populations. Le rapport insiste également sur la nécessité de disposer d'informations précises et opportunes pour aider les pays à élaborer et mettre en œuvre des politiques leur permettant de se rapprocher de la couverture sanitaire universelle ou de la maintenir, ainsi que sur le partage d'expériences et le renforcement des capacités entre les pays.

I. Introduction

1. Dans sa résolution [67/81](#), l'Assemblée générale a noté avec une préoccupation particulière que le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale susceptible d'être atteint reste, pour des millions de personnes, un objectif lointain, notamment parce qu'elles n'ont pas les moyens de payer les soins de santé au moment de la prestation, et que l'obligation de s'en acquitter peut les amener en partie à renoncer à se faire soigner. L'importance de garantir l'accès universel à des services de soins de santé de qualité fondés sur les soins de santé primaires, y compris à des médicaments et autres services médicaux essentiels, a été mise en lumière au même titre que la nécessité de mettre en place des systèmes de financement de la santé et de protection sociale pour veiller à ce que les personnes ne soient pas exposées à de graves difficultés financières ou à un appauvrissement en raison de frais médicaux exorbitants.

2. L'Assemblée générale a noté la nécessité d'inclure les services de soins de santé en tant qu'élément important de la mise en œuvre des objectifs du Millénaire pour le développement, couvrant tout l'éventail de la prévention, du traitement, de la réadaptation et des soins palliatifs ainsi que de la promotion des bonnes pratiques en matière de santé.

3. L'Assemblée générale a rappelé les résultats de plusieurs réunions à haut niveau consacrées à la santé, au développement durable et à la couverture sanitaire universelle, ainsi que les résolutions qui en sont issues, notamment ses résolutions [65/277](#), [66/2](#) et [66/288](#), dans lesquelles elle souligne l'importance de la couverture universelle pour la santé et le développement durable.

4. Les États Membres étaient invités à tenir compte des liens entre la promotion de la couverture sanitaire universelle et les autres questions de politique étrangère, dont la dimension sociale de la mondialisation, la cohésion et la stabilité, la croissance partagée et équitable, le développement durable et la viabilité des mécanismes de financement nationaux. La relation entre la couverture sanitaire universelle et les mécanismes de protection sociale, notamment des socles de protection sociale déterminés par les États eux-mêmes, a également été soulignée. Par ailleurs, les États Membres étaient invités à adopter des stratégies visant à réduire les inégalités dans le domaine de la santé et à favoriser le développement durable grâce à une démarche multisectorielle axée sur les déterminants de la santé en intégrant, au besoin, la santé dans toutes les politiques.

5. La résolution demandait aux États Membres de mesurer la contribution que la couverture sanitaire universelle apporte à la réalisation de tous les objectifs interdépendants du Millénaire pour le développement, le but à terme étant d'améliorer l'état de santé, notamment des femmes et des enfants; et de veiller à ce que les systèmes de financement de la santé évoluent de telle sorte qu'ils permettent d'éviter les paiements directs importants au moment de la prestation grâce à une méthode de prépaiement accompagnée d'une mise en commun ultérieure des cotisations santé. Dans le même temps, les États Membres étaient encouragés à continuer d'investir dans les systèmes de soins et à les renforcer afin d'augmenter et de maintenir l'éventail et la qualité des services pour répondre aux besoins de santé de la population.

6. L'Assemblée générale a ensuite prié le Secrétaire général de lui présenter à sa soixante-huitième session, au titre de la question intitulée « Santé mondiale et

politique étrangère », un rapport rassemblant et analysant les expériences passées et présentes des États Membres en matière de mise en place des stratégies visant à se rapprocher de la couverture sanitaire universelle, en particulier ses liens avec les socles de protection sociale déterminés au niveau national. Le rapport est également censé couvrir la manière dont les pays procèdent au partage d'informations sur leurs expériences propres et s'efforcent de créer et renforcer leurs capacités institutionnelles pour générer les informations et données factuelles dont ils ont besoin pour prendre des mesures concernant la mise au point de systèmes de soins de santé et de financement de la santé, afin de se rapprocher de la couverture sanitaire universelle. La nécessité de suivre les flux de dépenses sanitaires par l'application de cadres comptables types a été spécifiquement mentionnée dans ce contexte.

II. Couverture sanitaire universelle et protection sociale

7. On entend par couverture sanitaire universelle la possibilité pour quiconque de bénéficier des services de soins de santé nécessaires sans s'exposer à un risque financier du fait de devoir les payer. Elle englobe deux éléments interdépendants, en l'occurrence la couverture par les interventions de santé indispensables (de qualité) et la couverture contre le risque financier, garantissant qu'aucun individu ne sombre dans la pauvreté en raison des paiements directs à effectuer.

8. Pour ce qui est de la prévention, du traitement, de la réadaptation et des soins palliatifs ainsi que de la promotion des bonnes pratiques en matière de santé, l'accès aux services nécessaires aide les individus à préserver leur état de santé, voire à l'améliorer. Il protège également leurs moyens de subsistance en permettant aux enfants d'apprendre et aux adultes de travailler et de gagner leur vie. Parallèlement, la protection contre le risque financier évite que les dépenses de santé directes ne réduisent les malades à la pauvreté. Dans le même temps, la couverture sanitaire universelle présente un intérêt en soi, apprécié à sa juste valeur – les gens jouissent d'une tranquillité d'esprit quand ils savent que les services de soins de santé dont ils peuvent avoir besoin tout au long de leur vie existent, qu'ils sont accessibles et financièrement abordables.

9. La couverture sanitaire universelle contribue au développement durable, elle en découle et offre un moyen de le mesurer. L'importance de cette couverture a été notée à la Conférence des Nations Unies sur le développement durable (voir la résolution 66/288 de l'Assemblée générale). D'autres processus internationaux sont venus renforcer encore la nécessité d'une telle couverture, notamment l'initiative du Secrétaire général de l'ONU « Toutes les femmes, tous les enfants », lancée en septembre 2010, et la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles, tenue en septembre 2011.

10. La protection sociale a pour objet de garantir « la sécurité du revenu et l'accès aux services sociaux essentiels pour tous, une attention particulière étant accordée aux groupes vulnérables »¹. La sécurité du revenu suppose que les personnes sachent qu'elles disposeront des revenus suffisants pour subsister tout au long de leur vie, indépendamment de leur situation d'emploi. Elle est généralement assurée

¹ Organisation internationale du Travail. « Socle de protection sociale pour une mondialisation juste et inclusive » (Genève, 2011).

par divers transferts sociaux en espèces, comme les allocations familiales et de maternité, les allocations de chômage et les pensions pour les personnes âgées par exemple. L'autre élément interdépendant concerne l'accès, au moins à un niveau de base, à l'ensemble des services essentiels – en matière notamment d'eau potable et d'assainissement, d'éducation, de sécurité alimentaire, de logement et de santé.

11. L'expression protection sociale de la santé est désormais souvent employée pour faire référence au volet de la protection sociale spécifiquement dédié à la santé. Elle inclut les transferts en espèces liés à la maladie et au handicap, ainsi que la protection contre le risque financier lié à l'obligation de payer pour des soins médicaux. La deuxième composante est l'accès aux interventions sanitaires essentielles.

12. La couverture sanitaire universelle joue un rôle important pour les deux éléments de la protection sociale de la santé. La composante « protection contre le risque financier » de la couverture sanitaire universelle contribue à la sécurité du revenu. Elle évite que les dépenses de santé directes ne réduisent les malades à la pauvreté ou ne les mettent en graves difficultés financières. La couverture des services de santé indispensables s'inscrit dans la composante « accès aux services essentiels » de la protection sociale.

13. L'initiative conjointe des Nations Unies pour un socle de protection sociale, avec l'Organisation internationale du Travail et l'OMS comme agences chefs de file, est l'une des neuf initiatives prises par les Nations Unies en réponse à la récente crise financière. Elle appelle les États à mettre en œuvre un socle de protection sociale afin de garantir à leurs populations la sécurité du revenu et l'accès aux services essentiels même en période de crise économique et financière.

14. Les mesures prises par les pays pour renforcer leur système de soins de santé et le rapprocher de la couverture sanitaire universelle sont un aspect vital de la composante santé du socle de protection sociale, en garantissant une couverture des services de soins de santé nécessaires ainsi que la protection contre le risque financier en matière de santé. La couverture sanitaire universelle a pour ambition de relever les normes de cette protection et de renforcer progressivement la couverture des services de soins de santé nécessaires (de qualité) et de la protection contre le risque financier. La couverture sanitaire universelle et la protection sociale de la santé englobent un ensemble d'objectifs politiques majeurs communs à tous les pays, mais ne supposent aucun arrangement institutionnel spécifique dans le système de soins de santé. Les expériences des pays montrent la diversité des approches potentiellement fructueuses même s'il se dégage de ces expériences certains principes clés et caractéristiques communes.

III. Expériences des pays

15. Les difficultés inhérentes à la mise en place de la couverture sanitaire universelle et à sa pérennisation ne touchent pas qu'un groupe particulier de pays. Même les pays à revenu élevé – dont les populations bénéficient généralement d'un accès satisfaisant à des services de soins de santé de qualité et de mécanismes efficaces de protection contre le risque financier – sont confrontés à des pressions constantes pour étendre les services et maintenir la protection financière, en raison du vieillissement de la population, des demandes croissantes des usagers et des nouvelles technologies, souvent plus onéreuses. Les effets persistants de la crise

financière font également peser des pressions supplémentaires sur les pays désireux de maintenir les acquis obtenus par le passé.

16. Malgré cela, 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, comptent parmi les nombreux pays à avoir pris des mesures pour modifier leur système de santé dans le but de se rapprocher de la couverture universelle. Dans le seul domaine du financement de la santé, depuis la publication du *Rapport sur la santé dans le monde 2010*, intitulé « Le financement des systèmes de santé : le chemin vers une couverture universelle », plus de 80 pays ont demandé à l'Organisation mondiale de la Santé de fournir un avis technique sur les moyens de réformer leur système de financement de la santé.

17. Il ressort des expériences nationales que l'accélération des progrès sur la voie de la couverture sanitaire universelle suppose l'adoption d'actions concrètes qui renforcent les systèmes de santé et créent un environnement propice afin de contribuer efficacement à l'amélioration des résultats sanitaires et du bien-être économique et social. Pour ce faire, de nombreux obstacles se dressent : certains sont d'ordre financier, d'autres d'ordre administratif ou politique et la plupart des pays sont confrontés à un éventail de difficultés. C'est la raison pour laquelle il n'existe pas de modèle général. Il appartient à chaque pays de trouver sa voie pour répondre à ses besoins spécifiques et remédier aux problèmes rencontrés tout en tirant avantage des opportunités offertes par le contexte national.

18. Toutefois, certains thèmes communs se dégagent. L'instauration d'une couverture sanitaire universelle est un processus dynamique. Il ne s'agit pas de proposer un ensemble minimal fixe de services de santé, mais de progresser sur plusieurs fronts : la gamme et la qualité des services disponibles, la proportion des coûts pris en charge et le pourcentage de la population couverte. Plusieurs éléments sont indispensables pour garantir la disponibilité, la qualité et l'utilisation des services de santé requis : l'accès universel aux médicaments, produits médicaux et technologies sanitaires essentiels; un personnel de santé motivé, en nombre suffisant, doté des compétences requises et assurant des services de proximité; et des systèmes d'information qui fournissent en temps voulu des données utiles pour prendre des décisions.

19. La mise en place de systèmes de financement de la santé capables de garantir la disponibilité de services de proximité de bonne qualité et leur accessibilité, sans crainte pour les usagers d'aller au-devant de difficultés financières, suppose d'agir sur un ou plusieurs fronts, à savoir : augmenter les recettes allouées au secteur de la santé; faire en sorte que les services de santé soient financièrement abordables grâce à des mécanismes de prépaiement et de mise en commun ultérieure des fonds (recettes publiques générales, assurance ou combinaison des deux); et veiller activement à une utilisation aussi efficace et équitable que possible des fonds disponibles.

20. À cet égard, le Chili est l'un des nombreux exemples positifs. Au milieu des années 2000, ce pays a engagé un processus de réforme intégrant les principes d'équité d'accès aux services de santé, de qualité des services et de protection contre le risque financier. Pour ce faire, il a procédé à une légère augmentation de la taxe sur la valeur ajoutée et affecté les fonds additionnels ainsi récoltés à un mécanisme qui garantit à tous l'accès aux services de santé pour un ensemble de maladies spécifiquement définies et dont le nombre s'est progressivement étendu,

établit des normes de qualité pour les traitements et limite explicitement les délais d'attente et les paiements directs.

21. Durant la dernière décennie, le Ghana a développé son régime national d'assurance maladie et bénéficié pour ce faire d'un solide appui politique. Ce régime a permis au pays d'enregistrer de réels progrès et d'abandonner le système de financement de la santé fondé sur les paiements directs au moment de la prestation. C'est le premier régime national de protection sociale de la santé à inclure les populations rurales et pauvres dans le même pool d'assurance que les personnes qui travaillent dans le secteur formel et versent des cotisations sociales obligatoires.

22. La Thaïlande a un long passé en termes de réformes du système de santé. Alors que dans les années 1990, le système reposait principalement sur des régimes contributifs d'assurance maladie, le pays a mis en œuvre en 2002 une importante réforme assurant une couverture maladie à toutes les personnes non prises en charge par l'un des régimes formels de sécurité sociale. Le programme de couverture universelle est intégralement financé par les recettes publiques générales, grâce à une mise en commun des fonds au niveau national au sein d'un organisme public indépendant chargé de conclure des contrats avec des prestataires de services publics et privés pour garantir l'accès à un module de services définis ainsi qu'une protection financière connexe. Selon une étude récente, cette réforme a grandement amélioré l'équité dans l'utilisation des services et renforcé la protection contre le risque financier, tandis que les méthodes de sous-traitance et de paiement employées ont permis la réalisation de ces gains à un coût relativement bas comparativement à la majorité des autres pays.

23. Ce ne sont que quelques exemples récents parmi d'autres. En dépit de différences dans la conception de détail, certaines caractéristiques communes des systèmes de financement de la santé ont permis de progresser sur la voie de la couverture sanitaire universelle, notamment : a) un large recours aux sources publiques/de prépaiement obligatoire pour assurer la plus grande part des recettes du système de santé, aspect particulièrement vital pour garantir l'accès aux populations pauvres et vulnérables; b) des dispositifs de mise en commun des ressources afin d'optimiser la capacité de partage du risque en réduisant la fragmentation ou en atténuant ses conséquences; et c) la promotion de l'achat stratégique de services, c.-à-d. l'utilisation d'informations relatives aux besoins médicaux de la population et aux performances des fournisseurs pour définir l'affectation de recettes aux prestataires de services de santé.

24. Dans certains pays, les changements de stratégie en matière de financement de la santé étaient étroitement liés aux modifications apportées aux mécanismes généraux de protection sociale. À titre d'exemple, en 2009, le Burkina Faso a engagé un dialogue politique multipartite dans le but d'instaurer un socle national de protection sociale, dont la santé était une composante clé. Un régime d'assurance maladie universelle a été proposé, visant à concilier les différentes formes d'assurance maladie existant dans le pays pour progresser sur la voie de la couverture sanitaire universelle. Cette proposition s'inscrit dans le cadre des mécanismes d'assurance et de protection sociales plus vastes.

25. Beaucoup de pays s'attachent à étendre leur protection sociale en développant des socles définis au plan national. Plus de 35 pays en développement en ont fait l'expérience concrète et ont augmenté la portée de leur système de sécurité sociale

au cours de la dernière décennie. Par ailleurs, le mouvement en faveur de l'extension de la protection sociale bénéficie d'une attention accrue depuis l'adoption de la recommandation n°202 concernant les socles nationaux de protection sociale par la Conférence internationale du Travail en juin 2012. Les études menées récemment dans 15 pays en développement témoignent de l'impact de ces actions en termes de réduction de la pauvreté, de la vulnérabilité et des inégalités².

26. Les efforts déployés par les pays pour développer leurs systèmes de financement de la santé et de prestation de services dans ce domaine et se rapprocher ainsi de la couverture sanitaire universelle se traduisent par des améliorations de la couverture des interventions clés et de la protection contre le risque financier. À titre d'exemple, les rapports annuels sur les objectifs du Millénaire pour le développement font état d'une augmentation importante depuis 2000 du pourcentage de personnes couvertes par la plupart des interventions visant à améliorer la santé maternelle et infantile, le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme. Dans les pays en développement, le pourcentage d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié a augmenté, passant de 59 % à 66 % entre 2000 et 2011. En Afrique sub-saharienne, le pourcentage d'enfants dormant sous des moustiquaires imprégnées d'insecticide est passé de 2 % à 39 %, et la plus forte progression annuelle du nombre de personnes bénéficiant d'un traitement antirétroviral contre le VIH/sida a été enregistrée en 2009/2010.

27. En 2007, plus de 130 pays avaient mis en place une liste des médicaments essentiels et parmi eux 81 % des pays à faible revenu avaient actualisé leur liste dans les cinq années précédentes.

28. L'Allemagne, le Brésil, le Chili, le Costa Rica, Cuba et les Pays-Bas figurent au nombre des pays engagés dans l'élaboration de réseaux intégrés de prestation de services de santé pour garantir à leur population des services de santé équitables, complets, intégrés et continus; les réformes menées actuellement dans beaucoup d'autres pays abordent l'organisation, le financement et la dotation en personnel des services de santé primaire.

29. Ces actions visant à renforcer les systèmes de santé et de protection sociale de la santé sont l'une des raisons expliquant la baisse importante des taux de mortalité maternelle et post-infantile dans la plus grande partie du monde depuis l'an 2000, bien que certains progrès soient également imputables à une amélioration générale des conditions socio-économiques. Entre 2005 et 2011, l'Indice de développement humain révèle partout dans le monde une amélioration en termes de santé, d'éducation et de revenu national 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.

30. Des améliorations sont également visibles dans l'étendue de la protection contre le risque financier. Entre 2005 et 2011, la dépendance moyenne des pays à l'égard des paiements directs pour financer leur système de santé a baissé dans l'ensemble des régions – d'où, à l'inverse, un recours plus large à des mécanismes de prépaiement et de mutualisation assurant la protection contre le risque financier.

² Programme des Nations Unies pour le développement/Organisation internationale du Travail/ Académie mondiale pour le développement Sud-Sud. « Successful Social Protection Floor Experiences » (New York, 2011).

Certains États ont enregistré des progrès particulièrement importants. Vingt-neuf pays, couvrant des niveaux de revenu et des régions divers et variés, ont diminué la proportion des paiements directs dans les dépenses de santé d'au moins 25 % après 2005.

31. Malgré ces avancées, il reste beaucoup à faire. On estime que, dans le monde, un milliard de personnes démunies ne bénéficient pas des services de santé dont elles ont besoin. Ainsi, entre 2000 et 2011 en Afrique subsaharienne la proportion d'accouchements se déroulant en présence de personnel qualifié est passée seulement de 44 % à 48 % et reste bien loin encore de l'objectif des 100 %. Malgré le manque de données fiables, 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. Au sein des pays, des inégalités considérables subsistent dans la couverture des services de santé et le niveau de protection contre le risque financier.

32. Beaucoup de pays manquent encore cruellement d'agents de santé et rencontrent des difficultés 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 % dans les établissements publics et de 67 % dans les établissements privés³. Les systèmes d'information demeurent incapables de fournir des données sur la couverture de la plupart des interventions liées à la prévention et au traitement des maladies non transmissibles.

33. Dans de nombreux pays, malgré la hausse des dépenses de santé, les fonds restent insuffisants pour garantir la couverture universelle même pour un ensemble minimal de services de soins de santé (c'est-à-dire permettant la prévention, le traitement, la réadaptation et les soins palliatifs ainsi que la promotion des bonnes pratiques en matière de santé). 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 de santé, les pays avaient besoin en moyenne de 44 dollars par habitant en 2009 et auraient besoin de 60 dollars en 2015⁴. En 2010, les dépenses de santé étaient de 38 dollars par habitant en moyenne dans les pays à revenu faible; 22 États Membres de l'Organisation mondiale de la Santé dépensaient encore moins de 44 dollars par habitant pour la santé, toutes sources de financement confondues et soutien des donateurs compris.

34. Le niveau des paiements directs par les patients reste élevé dans beaucoup de pays. On estime que, faute d'une protection suffisante contre le risque financier, 150 millions de personnes sont confrontées à une situation financière catastrophique et 100 millions passent au-dessous du seuil de pauvreté pour cette même raison.

³ Nations Unies. *Le partenariat mondial pour le développement : traduire la théorie en pratique, Groupe de réflexion sur le retard pris dans la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement*, Rapport 2012 (New York, septembre 2012).

⁴ Sauf indication contraire, les moyennes ne sont pas pondérées.

IV. Mise en place et renforcement des capacités nationales en vue de l'instauration de la couverture sanitaire universelle

35. Plusieurs plates-formes importantes peuvent servir à orienter le développement des capacités institutionnelles et individuelles indispensables pour progresser sur la voie de la couverture sanitaire universelle. La première est une plate-forme de services de santé nécessaires et de qualité, dotée d'une large couverture géographique, y compris en matière de prévention, traitement, réadaptation, soins palliatifs et de promotion des bonnes pratiques de santé. Cet aspect est essentiel pour assurer à la population un accès équitable à ces services, en priorité par le renforcement de services de soins de santé primaires « de proximité », s'appuyant sur des systèmes appropriés d'aiguillage, un personnel de santé qualifié, diversifié et en nombre suffisant, couvrant l'ensemble des professions médicales, et une disponibilité des médicaments essentiels et d'autres technologies de la santé. Déterminantes aussi : les capacités requises pour planifier et assurer des services de santé indispensables et de qualité, et pour développer et mettre en œuvre le système de financement de la santé en appui de la prestation des services.

36. La seconde est une plate-forme factuelle impliquant le renforcement et la pérennisation des capacités institutionnelles à produire des données probantes et la traduction efficace de ces données en décisions relatives à la conception, à la mise en œuvre, et aux « corrections à mi-parcours » des politiques et stratégies tendant vers la couverture sanitaire universelle. À cet égard, il convient de développer, renforcer, pérenniser et optimiser l'utilisation de données issues des systèmes d'information sanitaire courants et des processus de surveillance régulière des dépenses de santé – quel est le montant des dépenses, qui a dépensé, à quel effet, et quel a été le résultat – en est une composante essentielle.

37. Les recherches de tous types sont des éléments cruciaux pour développer une plate-forme factuelle. Le *Rapport sur la santé dans le monde 2013* sur la recherche pour la couverture sanitaire universelle souligne l'importance des capacités nationales, tant en recherche clinique qu'en recherche politique appliquée. Un pays qui cherche à concevoir un ensemble cohérent de mesures pour s'approcher de la couverture sanitaire universelle, suivre les progrès réalisés, et anticiper et s'adapter à l'évolution de la situation doit disposer de capacités de gestion, d'analyse et d'exploitation des informations pour appuyer ses décisions. Il peut apprendre des autres, mais son contexte unique et particulier lui impose de développer sa propre capacité d'analyse afin d'adapter les enseignements tirés aux circonstances locales.

38. Le Kirghizistan, par exemple, s'est attaché dès l'an 2000 à développer les capacités de recherche appliquée en matière de politique de santé puis s'est inspiré des résultats de ces recherches pour concevoir et mettre en œuvre ses réformes du secteur de la santé au cours de la décennie suivante. Ainsi, les recherches demandées par le Ministre de la santé au cours de la première phase des réformes, visant à réduire les paiements informels des patients hospitalisés, ont fourni de nombreuses données factuelles qui ont convaincu le gouvernement et les partenaires extérieurs d'étendre les réformes à l'ensemble du pays.

39. La troisième plate-forme a trait aux capacités opérationnelles et à la bonne gouvernance. En matière de financement de la santé par exemple, l'amélioration de

l'efficacité et de l'équité dans l'utilisation des ressources grâce à un « achat stratégique » de services nécessite une aptitude à analyser les données sur l'utilisation des services et les performances des prestataires pour décider de l'allocation des ressources. Il est essentiel que la réglementation soit en place pour faire respecter les contrats et appliquer des sanctions aux prestataires de services de santé qui n'assument pas leurs responsabilités à l'égard des patients. D'un autre côté, le contrôle de la conformité de ces actions avec les objectifs d'ensemble du système et de l'utilisation optimale des fonds suppose des mécanismes garantissant un exercice effectif des responsabilités des autorités publiques, par exemple un conseil d'administration pour l'agence en charge des décisions d'achat.

40. Ainsi, le Fonds national d'assurance maladie de l'Estonie promeut la responsabilisation au travers de rapports annuels dans lesquels il rend compte de manière transparente de l'utilisation des recettes mais également de ses performances eu égard à un ensemble d'indicateurs mesurant l'accès, la qualité, améliorant ainsi les comportements de la population en matière de santé, l'efficacité de l'utilisation des ressources, et les procédures opérationnelles internes. Il publie régulièrement les résultats d'enquêtes de satisfaction des usagers, et s'est vu décerner à plusieurs reprises le prix national récompensant l'agence gouvernementale estonienne ayant produit le rapport annuel le plus transparent et complet⁵.

41. Une formation en recherche politique appliquée dans le domaine sanitaire et social est indispensable pour renforcer les capacités, mais il ne suffit pas d'étoffer les effectifs de personnes dotées de ces compétences pour élaborer des politiques reposant sur des bases factuelles. Cette approche doit être complétée par une demande de recherche en matière politique et un suivi par les principaux décideurs politiques. De plus, il appartient aux pays de mettre au point les arrangements institutionnels appropriés leur permettant de retenir les personnes qu'ils ont formées à ces compétences, afin de garantir que leurs travaux répondent aux priorités de politique publique tout en assurant simultanément l'indépendance et l'objectivité de ces travaux. L'exercice est délicat et les solutions sont à adapter spécifiquement au contexte de chaque pays.

42. L'élaboration de politiques reposant sur des bases factuelles en vue d'instaurer une couverture sanitaire universelle nécessite des informations fiables sur bien des sujets – par exemple la disponibilité et la répartition de tous les aspects des soins de santé, notamment les ressources financières et humaines, les médicaments et autres technologies liées à la santé ainsi que les infrastructures, les niveaux actuels de couverture de la population en termes de services de soins de santé indispensables et de protection contre le risque financier; l'impact sur la santé des personnes et leur bien-être économique; et la nature des inégalités dans tous ces domaines.

43. Dans sa résolution 67/81, l'Assemblée générale a expressément demandé au Secrétaire général d'inclure dans son rapport des informations sur le suivi « des flux de dépenses sanitaires par l'application de cadres comptables types ». En 2000, l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) a publié un cadre type de suivi des dépenses de santé intitulé « Système des comptes de la santé ». Après 10 ans de mise en œuvre dans des pays de tous niveaux de revenus,

⁵ Triin Habicht, « Governing a single-payer mandatory health insurance system : the case of Estonia ». Savedoff, William D et Pablo Gottret, eds. *Governing Mandatory Health Insurance : learning from experience* (Washington : Banque mondiale, 2008).

une version révisée, le Système de comptes de la santé 2011, a été élaborée dans le cadre d'un travail collaboratif de l'OCDE, Eurostat et l'OMS, avec la contribution de nombreux organisations, agences et experts nationaux.

44. Le Système de comptes de la santé 2011 propose une approche politique pour déterminer les flux financiers, depuis les recettes jusqu'aux régimes de financement, au sein du système de soins de santé. Pour les décideurs politiques nationaux, une méthodologie solide de suivi des dépenses de santé facilitera l'adaptation à des contextes en évolution rapide et le recueil de retours d'informations sur les stratégies et les politiques mises en place. Cette approche permet un processus de prise de décisions plus réactif et une meilleure responsabilisation globale concernant les flux financiers dans le système de santé.

45. Beaucoup de pays sont en train de mettre en œuvre le Système révisé. Depuis sa publication, plus de 50 États ont bénéficié du soutien d'organisations internationales et bilatérales pour former leur personnel et renforcer leurs capacités en vue de l'application de ce cadre comptable type. Jusqu'à récemment, les pays à revenu élevé étaient pratiquement les seuls à suivre régulièrement leurs dépenses de santé, à en rendre compte et à utiliser ces informations pour élaborer leurs politiques. Mais de plus en plus de pays à revenu faible ou intermédiaire, dont le Bénin, le Libéria, la République démocratique populaire lao, la République-Unie de Tanzanie et le Togo, ont décidé de prendre des mesures et de suivre cet exemple.

46. Les travaux menés en appui des recommandations de la Commission de l'information et de la responsabilisation en matière de santé de la femme et de l'enfant de l'OMS y contribuent également. D'ici 2015, 60 pays auront mis en œuvre un suivi de leurs dépenses de santé sur un plan général, ainsi que des dépenses de santé concernant plus spécifiquement les femmes et les enfants (et généralement un éventail de maladies), pour les comparer aux résultats obtenus.

V. Un environnement propice grâce aux partenariats

47. La Déclaration du Millénaire des Nations Unies et l'Objectif n° 8 du Millénaire pour le développement ont donné un formidable élan à la conclusion de nouveaux partenariats en faveur du développement. Ils forment le cadre d'une entente entre pays développés pour venir en aide aux pays en développement dans leurs efforts pour réduire la pauvreté et atteindre d'autres objectifs de développement.

48. Cependant, le travail en partenariat pour parvenir à de meilleurs résultats en matière de santé ne date pas d'aujourd'hui. En vertu de l'article 2 de sa Constitution, l'Organisation mondiale de la Santé a pour mandat « d'agir en tant qu'autorité directrice et coordonnatrice, dans le domaine de la santé, des travaux ayant un caractère international ». L'OMS gère un ensemble de plus de 800 institutions dans le cadre du Réseau mondial de centres collaborateurs de l'OMS. L'Organisation accueille également sept partenariats, dont le Partenariat mondial Halte à la tuberculose et l'Alliance pour la recherche sur les politiques et les systèmes de santé, et coparraine des programmes tels que le Programme africain de contrôle de l'onchocercose.

49. Le nombre de partenariats, d'initiatives et autres formes de collaboration au plan mondial dans le domaine de la santé a régulièrement augmenté au cours de la

dernière décennie. Le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) est par définition un partenariat innovant.

50. La Déclaration de Paris de 2005 sur l'efficacité de l'aide et le Plan d'action d'Accra, de 2008, fixent les principes permettant de renforcer l'efficacité de l'aide en améliorant la qualité et l'harmonisation de l'ensemble des partenaires de développement. Plus de 130 pays et 28 organisations internationales ont adhéré à ces documents. Dans le contexte des processus de Paris et d'Accra, l'approche visant à améliorer la santé a démontré, au travers d'initiatives telles que le Partenariat international pour la santé, qu'en dépit de la diversité des acteurs impliqués, la coordination autour des stratégies nationales de soins de santé peut être améliorée.

51. En 2011, le Partenariat de Busan pour une coopération efficace au service du développement marquait une évolution de la conception traditionnelle de l'efficacité de l'aide vers un nouveau partenariat de plus vaste portée et plus solidaire que jamais, avec un accent plus fort placé sur la prise en compte conjointe des ressources intérieures et extérieures et sur les résultats. Le concept de redevabilité réciproque a été élargi avec la notion de responsabilité nationale, les gouvernements étant tenus de rendre compte de la protection de la santé publique devant les citoyens et les organisations de la société civile.

52. L'approche adoptée à Busan, en République de Corée, cherche à répondre aux problèmes changeants posés par le développement, la majorité des pauvres vivant dans des pays considérés à revenu intermédiaire sur la base de leur niveau de croissance économique. L'aide publique au développement, réduite dans certains cas du fait de la crise financière et économique mondiale, n'est plus le seul mode de financement de l'aide au développement.

53. La préservation des progrès accomplis grâce à des programmes financés par des transferts ponctuels de ressources des pays riches aux pays pauvres nécessite une nouvelle approche dans laquelle ces fonds sont complétés par des accords de financement prévisibles et à plus long terme, intégrés dans les systèmes administratifs et financiers nationaux des pays concernés. Les ressources provenant de sources nationales, de recettes fiscales, de transferts de fonds, de financements à des conditions privilégiées par des fondations, d'investissements étrangers directs et de taxes mondiales de solidarité contribuent eux aussi au financement du développement.

54. Après plus de dix années de croissance rapide, l'aide au développement en matière de soins de santé a atteint un palier. Le nombre des acteurs de la santé à l'échelon national, régional et international a continué d'augmenter, avec des problèmes grandissants de fragmentation, de duplication et de coûts de transaction élevés. À la lumière des nouvelles tendances et des défis émergents, il convient de réexaminer la place, le rôle et les principales caractéristiques des partenariats susceptibles de permettre la réalisation d'un programme de développement transformatif, axé sur les personnes et sensible au sort de la planète.

55. Dans un même temps, les responsables mondiaux ont régulièrement reconnu l'importance fondamentale de la santé pour le développement, grâce à plusieurs processus politiques de haut niveau. Lors de la Conférence des Nations Unies sur le développement durable, il a été réaffirmé que la santé est à la fois une condition préalable, un résultat et un indicateur des trois volets du développement durable. Il a

également été reconnu que les systèmes de soins de santé renforcés et orientés vers la fourniture d'une couverture universelle équitable étaient des prérequis pour améliorer la santé et promouvoir la cohésion sociale et un développement humain et économique durable.

56. Dans la Déclaration politique de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles (résolution 66/2 de l'Assemblée générale), il a été indiqué que ces maladies, facteur contributif de la pauvreté et de la faim dans les pays en développement, constituent l'un des principaux défis pour le développement au XXI^e siècle. Ce processus politique a abouti à la conclusion que seule une réponse multisectorielle aux maladies non transmissibles était susceptible de prévenir l'appauvrissement des familles, voir la faillite des nations partout dans le monde.

57. Le rôle essentiel des partenariats dans le prochain programme a été réaffirmé lors des discussions à propos du processus de développement pour l'après-2015. Dans son rapport, le Groupe de personnalités de haut niveau chargé du programme de développement pour l'après-2015 a identifié cinq réorientations transformatrices pour progresser sur la voie du développement durable. La création d'un nouveau partenariat mondial « constitue un changement global de la coopération internationale, fournissant ainsi l'espace politique nécessaire aux transformations nationales »⁶. Le rapport propose un nouveau partenariat mondial rassemblant un large éventail d'acteurs ayant chacun un rôle spécifique à jouer : les gouvernements nationaux; les pouvoirs locaux; les institutions internationales; le monde des affaires; les organisations de la société civile; les fondations, autres philanthropes et investisseurs sociaux; les scientifiques et les universitaires; et les individus.

58. Les partenariats inclusifs marquent la transformation des relations traditionnelles entre donateurs et bénéficiaires en un concept de « partenaires de développement ». Les partenariats, coalitions et initiatives réunis autour d'une question spécifique ont démontré leur valeur et permis d'enregistrer des progrès rapides dans la lutte contre des maladies telles que le VIH, la tuberculose ou le paludisme. L'initiative « Toutes les femmes, tous les enfants », lancée par le Secrétaire général, a déclenché un élan mondial exceptionnel, mobilisé les plus hauts responsables de divers pays et galvanisé les acteurs du secteur des soins de santé à tous les niveaux en faveur de l'amélioration de la santé des femmes et des jeunes filles.

59. Ces initiatives ont également gagné en importance du fait du contrôle des résultats et de la concrétisation des promesses d'allocation de ressources. Les travaux de la Commission de l'information et de la responsabilisation en matière de santé de la femme et de l'enfant ont démontré le caractère essentiel du suivi et du contrôle pour identifier les goulots d'étranglement et les stratégies pour y remédier.

60. Au cours de la dernière décennie, les partenariats ont constamment associé les gouvernements, la société civile et le secteur privé sur un pied d'égalité, non seulement en termes de financements, mais aussi de capacité de gouvernance et de prise de décisions. Les responsables politiques et les individus au niveau local et communautaire ont intégré les réseaux. Les nouvelles technologies de l'information et de la communication, notamment les médias sociaux, ont remodelé les modes de

⁶ Disponible sur : <http://cms.unov.org/DocumentRepositoryIndexer/GetDocInOriginalFormat.drsx?DocID=1c23be64-34dc-480b-bded-eaf13fca94d6>.

diffusion des informations et de nouveaux groupes se sont fait entendre et ont gagné en influence.

61. Le Groupe de personnalités de haut niveau a recueilli les commentaires de plus de 5 000 organisations de la société civile et 250 administrateurs de grandes entreprises. Plus de 800 000 personnes ont pris part à l'enquête « MY World » (disponible sur : <http://www.myworld2015.org/?lang=fr>) et classé les domaines prioritaires, pour eux-mêmes et leurs familles, du programme de développement de l'après-2015. La priorité « Un meilleur système de santé » est classée en deuxième position sur un plan général ainsi que pour 11 des 15 groupes ventilés par sexe, âge et niveau d'éducation.

62. L'intégration de tout l'éventail des interventions ciblées dans le domaine de la santé en tant que composantes des systèmes de soins de santé nationaux permet d'en assurer la pérennité. La croissance économique rapide enregistrée dans diverses parties du globe ne s'est pas accompagnée de progrès proportionnels en matière de bien-être et de services sociaux. De plus en plus de pays sont confrontés à des problèmes similaires – liés à l'augmentation de l'espérance de vie et à la mise en place d'une couverture sanitaire universelle – quel que soit leur stade de développement. Ces similitudes se reflètent également dans les obstacles qui entravent les progrès dans l'atteinte des objectifs dans le domaine de la santé.

63. Une bonne partie des nouvelles ressources consacrées à l'atteinte des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé a été obtenue grâce à des partenariats tels que le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, l'Alliance GAVI et UNITAID. Cependant, les pays qui ont le plus besoin d'une aide extérieure ne sont généralement pas les mieux équipés pour la gérer. Des canaux de financement multiples peuvent fausser les priorités nationales et détourner les efforts de là où ils sont le plus nécessaires. Le Partenariat international pour la santé tend à aligner les financements des sources nationales et internationales sur les objectifs et stratégies définis au plan national. Il fournit également un outil permettant d'évaluer conjointement les politiques nationales et de suivre les progrès dans l'adhésion aux principes d'efficacité de l'aide.

64. Pour parvenir à de meilleurs résultats en matière de santé, une approche systémique requiert de s'attaquer aux déterminants sociaux de la santé. L'un des moyens d'y parvenir au bénéfice de tous est d'engager une action coordonnée et multisectorielle venant soutenir l'approche de l'ensemble des acteurs publics et du corps social. L'élaboration proactive des politiques permet de contrôler les risques en appliquant les enseignements tirés à la fois du secteur des soins de santé et de celui de l'environnement. Des maladies liées à l'environnement pourraient être prévenues en rapprochant les considérations sanitaires et environnementales dans les plans nationaux de développement et le renforcement des capacités à tous les niveaux. L'Alliance stratégique entre la santé et l'environnement pour la mise en œuvre de la Déclaration de Libreville sert de fondement à des plans d'action conjointe et de plateforme régionale de dialogue intersectoriel en Afrique.

65. Une approche des soins de santé basée sur les droits de l'homme peut contribuer à renforcer l'accessibilité physique et financière, l'acceptabilité et la qualité des services et infrastructures de santé en assurant la participation des bénéficiaires à toutes les discussions et tous les processus de prise de décisions pertinents. Les inégalités et la discrimination dans l'accès aux services de santé

restent des déterminants sous-jacents ayant un impact sur la capacité à mener une vie saine.

66. L'assistance technique traditionnelle s'efface devant les prescriptions de politique en amont qui favorisent l'expérience pratique susceptible d'être acquise par la coopération triangulaire, la coopération Sud-Sud et les partenariats public-privé. La Déclaration du quatrième Forum de haut niveau sur l'efficacité de l'aide, tenu à Busan, a reconnu que « la nature, les modalités et les responsabilités qui s'appliquent à la coopération Sud-Sud diffèrent de celles qui s'appliquent à la coopération Nord-Sud ».

67. Les trois types de partenariat mettent en œuvre des approches associant solidarité et coopération face aux défis mondiaux. La protection de la santé des populations contre les maladies infectieuses nouvelles et émergentes nécessite une chaîne de surveillance et une réponse à l'échelon mondial. La mobilité croissante du personnel de santé impose des solutions globales, notamment des politiques de formation, de répartition, de fidélisation et de motivation, qui sont des préoccupations communes à bon nombre de pays en développement. L'accès équitable aux services de soins de santé de base, de santé procréative et sexuelle et de maternité reste extrêmement difficile pour les femmes dans beaucoup de régions du monde.

VI. Conclusions

68. **On note une demande croissante d'accès à des services de soins de santé de qualité à un prix abordable, essence même de la couverture sanitaire universelle. Les bénéficiaires de cette couverture ont l'esprit plus tranquille car ils savent que les services de soins de santé dont ils peuvent avoir besoin en cas d'urgence sont financièrement abordables et de qualité. L'accès aux services de santé nécessaires aide les individus à maintenir leur état de santé voire à l'améliorer, leur donnant l'opportunité d'apprendre, de travailler et de gagner leur vie. En tant que telle, cette couverture est une composante majeure du développement durable.**

69. **L'accès aux services de santé est aussi étroitement lié au concept de protection sociale, la santé étant un élément essentiel des socles de protection sociale. Les efforts entrepris en faveur de la couverture sanitaire universelle visent à renforcer au plus vite les normes d'une telle protection, afin que quiconque puisse accéder aux services de soins de santé dont il a besoin sans entrave ou difficulté financières.**

70. **La couverture sanitaire universelle concerne l'ensemble des pays, quel que soit leur niveau de revenu, car ils sont tous confrontés d'une manière ou d'une autre à une pénurie de ressources découlant de l'augmentation des besoins et demandes de leurs populations. Cependant, le chemin à suivre pour parvenir à cette couverture universelle est spécifique à chaque pays, même si l'expérience nationale montre la nécessité d'axer l'approche sur les stratégies de financement de la santé, mais aussi sur le système de prestation de services de santé avec tous ses composants, ainsi que sur les déterminants sociaux de la santé.**

71. Développer l'aptitude des pays à apprendre les uns des autres est un facteur essentiel pour progresser plus rapidement. Il est important aussi pour les pays de renforcer leurs capacités de conception et de mise en œuvre de politiques fondées sur les données factuelles les plus fiables, puis de suivre et d'évaluer leur impact afin de les rectifier au besoin.

72. L'évolution sur la voie de la couverture sanitaire universelle doit reposer sur des systèmes d'information solides, fournissant en temps opportun des informations utiles pour la mise au point des politiques. Le suivi des flux de dépenses de santé par l'application de cadres comptables types est un élément important, et avec le lancement du cadre du Système des comptes de la santé 2011, les pays ont convenu au plan international d'une orientation sur les approches utilisables.

73. Le Partenariat international pour la santé et les initiatives connexes ont identifié sept comportements spécifiques indispensables pour renforcer l'harmonisation et l'alignement de l'aide, avec un accent clairement porté sur les résultats en matière de santé. Ils sont axés entre autres sur des priorités convenues reflétées dans une stratégie nationale de santé, à travers un processus d'évaluation conjointe et de suivi collectif, garantissant une réduction des exercices programmatiques spécifiques; des ressources rapportées dans le budget et concordant avec les priorités et les engagements nationaux; des systèmes de gestion des finances, de passation de marchés et d'approvisionnement harmonisés et alignés, les systèmes nationaux étant renforcés et utilisés; un apprentissage systématique; et la fourniture d'une aide technique planifiée de façon stratégique et bien coordonnée.

74. Le peaufinage des instruments déjà existants contribuerait à un partenariat susceptible de favoriser l'innovation technologique en développant de nouveaux services et dispositifs médicaux, tout en assurant l'éducation, la formation et les capacités professionnelles du personnel de santé chargé de les utiliser. La recherche et développement pour mettre au point de nouveaux vaccins ou médicaments pourrait favoriser leur disponibilité et accessibilité financière et lutter ainsi contre les médicaments de qualité inférieure/faux/faussement étiquetés/falsifiés/contrefaits.

75. Les partenariats doivent renforcer les capacités nationales existantes et non les obérer. Ils doivent privilégier la qualité de l'aide, pas la quantité. Plutôt qu'une multitude d'obligations de rendre compte et d'indicateurs, il convient de parvenir à des arrangements systémiques prenant en compte l'approche globale de la santé. Les partenariats bâtis autour d'objectifs communs, faisant intervenir des acteurs multiples mus par un intérêt partagé et dotés d'un sens de l'appropriation, peuvent contribuer à la création de solutions durables tout en résolvant les problèmes actuels.