

## L'OBSERVATOIRE DE L'OMS À JOUR

### **La couverture sanitaire universelle stagne alors que la protection financière diminue : l'OMS ignore les inégalités économiques qui contribuent au déficit de couverture sanitaire universelle**

Au titre du point 13.1, lors de l'Assemblée mondiale de la santé de cette semaine, les délégués examineront le rapport ([A76/6](#)) sur les progrès réalisés dans la mise en œuvre de la "couverture sanitaire universelle" et examineront également quatre projets de résolution proposés par le Conseil exécutif (EB152), en janvier et février de cette année, y compris le projet de résolution [EB152\(5\)](#) qui donnerait des orientations au Secrétariat et aux États membres préparant la réunion de haut niveau sur la couverture sanitaire universelle CSU à l'Assemblée générale des Nations unies en septembre 2023.

Le document [A76/6](#) fournit une évaluation des progrès accomplis vers la réalisation de la CSU à mi-parcours de la durée des ODD (2015 à 2030), en se concentrant spécifiquement sur la cible 3.8 relative à la couverture sanitaire universelle. Le rapport note que selon un indicateur, le 3.8.1, la couverture est passée de 45 à 67 % entre 2000 et 2019, mais qu'elle s'est ralentie depuis 2019. (Cet indicateur de couverture des services est extrêmement basique et [est qualifié d'"indicatif seulement"](#), peu importe ce que cela signifie). L'indicateur 3.8.2, qui concerne la protection financière mesurée par la proportion de la population confrontée à des dépenses de santé catastrophiques (DSC), montre une forte aggravation. (Le rapport indique qu'il n'existe pas d'indicateur permettant de mesurer les renoncements aux soins et les besoins non satisfaits, ce qui serait nécessaire pour dresser un tableau complet des progrès accomplis (ou non) sur la voie de la CSU). L'absence de progrès dans la plupart des cibles spécifiques aux maladies de l'objectif de développement durable n° 3 est tout aussi flagrante. Une désagrégation plus poussée des données entre les pays montre que la plupart des améliorations ont été enregistrées dans les pays à revenu élevé. À l'intérieur des pays, les personnes les plus pauvres, les moins instruites ou celles qui vivent dans des habitats plus mal desservis ont obtenu de moins bons résultats. L'ensemble de ces données présente un tableau très décevant.

Le rapport affirme que les lacunes en matière de santé publique universelle (et d'autres objectifs du Millénaire pour le développement) sont en partie la conséquence de la pandémie de COVID-19 et du manque de solidarité internationale qui s'est manifesté pendant et après la pandémie. Les inégalités d'accès aux vaccins COVID-19 sont criantes, avec 22 % de la population entièrement vaccinée dans les économies à faible revenu contre 75 % dans les économies à revenu élevé, au 19 décembre 2022 (paragraphe 13). De même, l'impact de la pandémie dans de nombreux pays a été exacerbé par les divisions sociales et le manque de confiance. Le document A76/6 n'explore pas les origines et l'impact des insuffisances de la solidarité internationale pendant la Covid en ce qui concerne le développement des systèmes de santé, ni les facteurs politiques, économiques et culturels fondamentaux de cet échec de la solidarité. La compréhension de ces facteurs jetterait une lumière précieuse sur le projet de



l'CSU qui est au point mort. Le rapport met également en évidence les obstacles à l'CSU qui découlent des crises croisées du changement climatique et des catastrophes naturelles, des conflits régionaux, de la récession économique et de l'inégalité des revenus, de l'inflation galopante, de la dette publique et privée et des défis croissants en matière d'énergie et de coût de la vie.

Malgré la reconnaissance de ces dynamiques dans la première partie du document A76/6, les sections suivantes du rapport et les engagements pris dans le projet de résolution proposé (EB152(5)) s'inscrivent largement dans les limites familières de la politique de santé et ne s'attaquent guère aux obstacles plus fondamentaux à la santé universelle. Cette myopie est clairement exprimée au paragraphe 43, qui suggère que, lors de l'examen de ce point, l'Assemblée se concentre sur les moyens de :

:

- renforcer leurs plans nationaux et accroître le financement public en vue de la réalisation progressive de la couverture sanitaire universelle, en s'appuyant sur une hiérarchisation des priorités fondée sur des données probantes ;
- réorienter leurs systèmes de santé nationaux vers les soins de santé primaires en tant que fondement de la couverture sanitaire universelle, de la sécurité sanitaire et de l'amélioration de la santé ; et
- promouvoir l'équité et la responsabilité en s'appuyant sur des données nationales, régionales et mondiales et sur l'engagement de multiples parties prenantes, afin que personne ne soit laissé pour compte dans la réalisation progressive de la couverture sanitaire universelle et de la santé pour tous.

Il est clair que l'expertise unique de l'OMS réside dans les spécificités techniques de la santé et du bien-être. Toutefois, l'OMS pourrait contribuer plus efficacement au projet intersectoriel en examinant les relations entre les variables politiques et économiques et les résultats en matière de santé. Il pourrait s'agir de suivre les tendances et les modèles de la dette souveraine et de la capacité fiscale, d'analyser l'impact sur les soins de santé des programmes d'ajustement structurel imposés par le FMI, de suivre les liens entre le flux d'aide internationale pour le changement climatique et l'incidence de la faim et de la migration forcée, ou de suivre les relations entre l'évasion fiscale et la santé.

Même dans les limites institutionnelles de la "santé", ce rapport et la résolution qui lui est associée ne s'engagent pas dans la controverse fondamentale sur le rôle des marchés d'assurance subventionnés et des prestataires privés par rapport à la prestation de soins de santé publics.

Les institutions financières internationales et les grandes organisations philanthropiques ont cherché à limiter le rôle du gouvernement à la fourniture d'un ensemble très sélectif de services (assurés par des prestataires publics et privés), les autres services étant entièrement financés par l'utilisateur sur le marché privé ou partiellement garantis par l'assurance maladie. Ce modèle n'a pas fonctionné. Les soins de santé primaires doivent être organisés comme un bien



public mondial et un droit humain fondamental, plutôt que comme une marchandise commercialisable. Les approches fondées sur le marché n'ont pas fonctionné pour les soins de santé primaires. Les soins de santé primaires doivent être universels et complets, le terme "complet" signifiant que tous les services de santé essentiels sont couverts.

Les lacunes en matière de soins de santé primaires sont en partie dues à des budgets limités, mais elles reflètent également une erreur de conception qui consiste à considérer la "couverture" comme une distribution des ressources par les forces du marché et une prestation de services par des praticiens privés. Il s'agit d'un modèle qui a été imposé à l'OMS par la Banque mondiale et les États-Unis, sous l'impulsion des grandes organisations philanthropiques américaines.

La cause de l'accès universel à des soins de santé complets sera encore reculée si ce même modèle est approuvé par l'Assemblée générale des Nations unies en septembre.

Dans la plupart des pays à faibles et moyens revenus, des régimes d'assurance financés par des fonds publics ont été mis en place, principalement pour les soins hospitaliers, mais ils n'ont pas réussi à fournir une protection financière efficace. Ces régimes d'assurance n'ont rien à voir avec les cadres d'assurance sociale de l'Allemagne, du Japon ou de l'Australie. Dans les PFR-PRI, ces programmes d'assurance subventionnés font transiter le financement public par les marchés privés afin de permettre à ces derniers de se développer, ce qu'ils ont réussi à faire, bien qu'à un coût élevé. Cependant, ils n'offrent pas de protection financière significative. En ce qui concerne les soins de santé primaires, l'accent a été mis sur l'achat par le biais de contrats, présentés et promus comme des "achats stratégiques de soins de santé primaires". Cette approche n'a jamais été couronnée de succès.

Bien que la prestation des services publics pose des problèmes, elle reste le pilier des objectifs de santé publique. Les services publics, sans frais d'utilisation, considèrent les interventions sanitaires comme des biens publics. Il est clair que lorsque le financement et la capacité administrative sont inadéquats, il y aura des lacunes importantes, mais bloquer des marchés de soins de santé inéquitables et inefficaces n'est pas une solution. Un autre problème est la persistance d'interventions globales verticales, très mal intégrées dans un renforcement général des systèmes de santé et des soins de santé primaires universels. Ce modèle est reproduit lorsque les interventions relatives aux maladies non transmissibles sont considérées comme des produits distincts à acheter ou à mettre en œuvre sans tenir compte du reste du système de santé. L'autre solution consisterait à intégrer les programmes de lutte contre les MNT dans des soins de santé primaires complets.

La prochaine réunion de haut niveau sur la santé universelle est la bienvenue, mais si la déclaration politique n'aborde pas les obstacles fondamentaux au financement adéquat des soins de santé et si elle n'aborde pas les questions de l'architecture du système de santé, ce sera une occasion manquée. MPS appelle les États membres et la société civile à s'engager activement dans l'élaboration de la Déclaration politique d'ici septembre.



## **MPS apprécie**

- la reconnaissance par l'OMS de la nécessité d'inclure des indicateurs de renoncement aux soins et de besoins non satisfaits, ainsi que de la qualité des soins, en tant qu'indicateurs importants des progrès vers l'CSU ;
- l'appel en faveur d'une mesure plus fine et d'un rapport désagrégé de ces indicateurs afin que les inégalités d'accès soient mesurées et traitées ;
- la reconnaissance par l'OMS de la nécessité d'améliorer les systèmes d'enregistrement des faits d'état civil et de statistiques vitales (les estimations actuelles étant souvent basées sur des extrapolations grossières à partir de données nationales très rares ou inexistantes) ;
- l'appel à un investissement financier accru dans le personnel de santé, employé dans des conditions équitables et conformes aux normes du travail ;
- l'appel à inclure des actions de santé publique dans les soins de santé primaires (tout en notant que le soutien technique fourni dans ce domaine est inadéquat) ;
- la reconnaissance des déterminants sociaux dans la résolution, mais la déclaration politique doit veiller à ce que les progrès réalisés dans le cadre de tous les objectifs de développement durable liés aux déterminants sociaux de la santé soient suivis et que la responsabilité des organes mondiaux chargés du commerce, de l'environnement et des droits de l'homme dans ces domaines soit clairement établie.

## **Cependant, MPS appelle à redoubler d'efforts pour s'assurer que la déclaration politique des Nations Unies inclue également des appels pour :**

- Une plus grande attention (analyse et politique) aux racines structurelles des limitations fiscales. L'OMS doit être mandatée pour travailler avec les agences des Nations unies concernées afin d'identifier et d'améliorer les obstacles structurels à la capacité de financement national des soins de santé dans les PRFM ;
- Rôle central pour la prestation de services par le secteur public. Les soins de santé primaires englobent les soins préventifs, les soins de promotion et les interventions de santé publique, qui sont tous des domaines connus de défaillance du marché. Par conséquent, ils nécessitent une prestation de services publics (ou des programmes administrés par l'État, même lorsque les services sont confiés à des prestataires du secteur privé).
- Attention à la commercialisation des soins de santé. La prise de décision clinique en matière de soins ne doit pas être influencée par des incitations financières personnelles. Les régimes d'assurance, le "paiement à la performance" et les approches fondées sur la rémunération à l'acte tendent tous à déplacer la prestation de soins vers les services et les clients les plus rentables pour le prestataire privé, ce qui compromet l'accès équitable à des soins de santé de qualité.
- Un accès abordable à tous les produits de santé essentiels. Les pays ou régions doivent avoir la capacité d'obtenir à des prix abordables tous les produits de santé essentiels



requis pour tous les services de soins de santé primaires. Cela implique nécessairement une plus grande capacité de production nationale, de contrôle des prix et de passation des marchés publics. Par exemple, dans la plupart des PRFM, l'accès universel aux soins du diabète ne sera pas possible tant que l'insuline humaine et les systèmes d'administration de l'insuline ne seront pas devenus beaucoup plus abordables.

- L'innovation en matière de nouvelles technologies pour les priorités publiques à des conditions non commerciales. Cela nécessite une approche différente de l'innovation des produits, moins basée sur des régimes de brevets restrictifs et plus dépendante du financement public et de la coopération entre les universités, l'industrie et les gouvernements du Sud.
- Des études coût-efficacité pour le choix de la technologie et non pour le rationnement de l'accès. Nous considérons que les études coût-efficacité ont un rôle important à jouer pour déterminer quelles sont les meilleures technologies pour répondre aux besoins de santé et si les nouvelles technologies sophistiquées sont d'un bon rapport qualité-prix. Dans une approche globale des soins de santé primaires, le principe doit être que tous les services de base qui sont efficaces et rentables doivent être inclus. Seules les exclusions doivent être précisées. Les interventions qui peuvent être assurées par les catégories existantes de travailleurs de la santé et qui nécessitent des produits de santé figurant déjà sur les listes existantes de médicaments et de diagnostics essentiels couvriraient 90 % des besoins en matière de soins primaires.
- Réduire le rôle des programmes verticaux distincts. À mesure que les réseaux de soins de santé primaires sont renforcés par des ressources humaines, des produits essentiels, des compétences et un soutien, des programmes verticaux distincts doivent être intégrés dans une prestation de soins de santé cohérente, sauf en cas de besoin d'assistance technique, de recherche et d'innovation, et d'action sur des déterminants sociaux et commerciaux spécifiques.

[Le commentaire complet de MPS sur ce point](#) fournit plus de détails et de références. Voir également les liens du tracker vers les [discussions précédentes sur la couverture sanitaire universelle CSU](#).

Voir la page de suivi de la session AMS76 ([ici](#)). Pour vous assurer de recevoir les alertes de mise à jour, assurez-vous d'être [abonné](#) à l'Updater.

Le OMS Tracker et les commentaires du MPS sont produits dans le cadre de OMS Observatoire, un projet du le Mouvement Populaire pour la Santé en association avec [Medicus Mundi International](#), [Third World Network](#) et un certain nombre d'autres réseaux de la société civile. L'OMS Observatoire vise à contribuer à la démocratisation de la gouvernance mondiale de la santé, grâce à de nouvelles alliances, à de nouveaux flux d'informations et à l'élargissement du discours politique.



*Health for All Now!*  
**People's Health Movement**

Vous pouvez soutenir l'OMS Observatoire en faisant connaître le [Tracker](#), en invitant d'autres personnes à [s'abonner au Updater](#) et en nous suivant sur Twitter via [@PHMglobal](#) et [@WorldHealthWatch](#).

Pour nous faire part de vos commentaires sur cette lettre d'information, veuillez écrire à [editor@phmovement.org](mailto:editor@phmovement.org).



Copyright © 2020 People's Health Movement, Tous droits réservés.

Vous recevez cet email parce que vous vous êtes inscrit à la Newsletter de WHO Watch.

Vous n'êtes pas abonné ? [Inscrivez-vous ici](#).

Notre adresse postale est la suivante :

WHO Tracker / People's Health Movement

PHM c/- Viva Salud

Chaussée de Haecht 53

Bruxelles B-1210

Belgique

[Ajoutez-nous à votre carnet d'adresses](#)