

## Point 5 de l'ordre du jour Couverture sanitaire universelle

Policy Brief | Mouvement pour la santé des peuples Équipe de veille de l'OMS

---

### POINTS D'ACTION

- Renforcer le secteur public et remédier à la pénurie de travailleurs de la santé pour accélérer la réalisation de la couverture sanitaire universelle.
- Des indicateurs plus fiables sont nécessaires pour donner une image complète de l'ampleur des obstacles à l'accès aux soins.
- Donner la priorité à l'accès au financement de la santé n'est pas suffisant. Il faut mettre davantage l'accent sur la couverture des services et de la population par des soins primaires complets qui soient acceptables, accessibles et abordables pour les communautés.

#### 1. Quel est le problème ?

##### Des progrès limités dans la réalisation de la couverture sanitaire universelle

Le document [EB152/5](#) rend compte des progrès réalisés dans la mise en œuvre de la déclaration de l'UNGASS de 2019 sur la couverture sanitaire universelle. Les progrès vers la couverture sanitaire universelle sont suivis via deux indicateurs (1) la couverture des services de santé essentiels ; et (2) les dépenses de santé catastrophiques. En ce qui concerne l'indicateur (1), il est important de noter que la mesure actuelle de la " prestation de services " est axée sur des interventions de soins de santé sélectives, c'est-à-dire un ensemble limité de soins.

En ce qui concerne les progrès accomplis en vue de la réalisation de cet ensemble *minimal* de soins, le rapport note que le monde n'est pas sur la bonne voie pour atteindre les objectifs des ODD relatifs aux soins de santé primaires d'ici à 2030 (paragraphe 6). Cette situation est aggravée par le fait que "[l]a réduction des obstacles financiers aux soins de santé fait systématiquement l'objet d'une sous-priorisation et d'un sous-investissement" (par.8) de la part des États membres.

##### Les indicateurs existants donnent une image incomplète de l'ampleur des obstacles à l'accès aux soins.

En ce qui concerne les dépenses catastrophiques, le rapport note que :

"Les dépenses personnelles de santé en tant que part des dépenses totales des ménages ...ont augmenté de manière continue entre 2000 et 2017, la population totale confrontée à des dépenses de santé catastrophiques ou appauvrissantes étant estimée entre 1,4 et 1,9 milliard de personnes en 2017." (par.6)

Il est significatif que ces données sur les dépenses catastrophiques en matière de soins de santé n'incluent pas la période de pandémie (de 2020 à aujourd'hui). Compte tenu de l'impact socio-économique de la pandémie de Covid-19 et des inégalités générées par la réponse mondiale à celle-ci, les dépenses catastrophiques et les obstacles aux soins se sont probablement détériorés au cours des trois dernières années. Le rapport note en outre que :

" les dépenses de santé catastrophiques liées aux services essentiels ne prennent pas en compte le renoncement aux soins de santé pour les personnes qui rencontrent des obstacles pour accéder à ces services." (par.7)

Ainsi, l'indicateur de dépenses catastrophiques capte l'impact économique des patients qui peuvent accéder aux soins à un prix relativement élevé. Il ne rend pas compte des coûts physiques et socio-économiques liés à l'impossibilité d'accéder aux soins.

Les interventions existantes donnent la priorité à l'accès au financement de la santé, mais cela n'améliore pas nécessairement l'équité ou l'accès à des soins de santé complets.

La couverture sanitaire universelle comporte trois dimensions : la couverture des services, la couverture de la population et la protection financière. Le rapport note que parmi les États membres,

"La plupart des engagements sont axés sur la couverture des services (44%) et la couverture de la population (43%), et en moyenne, les engagements et les objectifs clairs concernant la dimension de la protection financière (13%) font défaut." (par.8)

S'il est vrai que la dimension du financement est en retard, il n'est pas nécessairement vrai qu'une augmentation du financement améliorera l'accès aux soins de santé. Une couverture accrue du financement des services de santé aura peu d'impact significatif sur l'accès aux soins si (1) aucun prestataire de services n'est accessible ou (2) les services ou produits requis ne sont pas disponibles. Par exemple, si le financement du CHU augmente mais qu'il est principalement destiné à l'achat d'un ensemble limité de "services essentiels" pour tous, les patients risquent de ne pas avoir accès à toute la gamme de services dont ils ont besoin. Les patients les plus démunis seront les plus touchés par cette situation.

L'augmentation du financement du système de santé universel ne se traduit pas automatiquement par une plus grande équité au sein du système de santé. Si une part plus importante du financement public pour le CHU est consacrée à l'achat de soins de santé auprès de prestataires privés, cela réduit la part de financement destinée aux prestataires du secteur public. Au fil du temps, cela conduit à une détérioration des services et des infrastructures de santé publique, avec des conséquences négatives pour les patients qui ne peuvent pas accéder aux prestataires privés (par exemple, ceux des zones rurales). Cela accroît les inégalités au sein du système de santé au lieu de les réduire.

## **2. Que voulons-nous ?**

### Soins de santé primaires complets

La recommandation du rapport en faveur de forfaits plus sélectifs lorsque l'espace fiscal est limité doit être contestée comme ouvrant la porte à des soins sélectifs. Nous savons, grâce à de nombreux exemples nationaux, qu'une approche globale des soins de santé primaires permet de répondre à la plupart des besoins en matière de santé au sein des systèmes de santé de district, même lorsque l'espace fiscal est limité. Pour faire face à l'insuffisance de l'espace fiscal, les personnes les plus vulnérables doivent bénéficier d'une couverture plus complète, et non de paquets plus sélectifs. L'ensemble minimal de services inclus dans les soins de santé primaires complets devrait répondre à plus de 90 % des besoins en matière de soins de santé.

### Renforcer le secteur public

Il n'est pas possible de progresser vers l'équité d'accès, la couverture universelle et la fourniture de soins de santé abordables sans une offre publique dominante. L'achat auprès de prestataires privés ou d'organisations de maintien de la santé (HMO) n'est pas la solution.

### Remédier aux pénuries de personnel de santé

L'une des principales lacunes de ce rapport est son silence sur les changements nécessaires en matière de politique des ressources humaines pour la santé. Une approche de la SSP basée sur les soins de santé primaires exige des États membres qu'ils mettent en place des plans complets de développement des ressources humaines dans le domaine de la santé afin de garantir :

- un nombre adéquat et une répartition appropriée des agents de santé, avec un effectif beaucoup plus important déployé dans les soins primaires,
- que la formation des agents de santé soit orientée vers les soins de santé primaires,
- que les travailleurs de la santé bénéficient de la rémunération, des avantages et de la protection dont ils ont besoin pour pouvoir travailler dans leur pays et leur communauté, et
- que les travailleurs de la santé aient leur mot à dire dans la prise de décision gouvernementale sur la politique de santé et les soins de santé primaires.

### Des indicateurs plus fiables

Il est nécessaire de renforcer les mécanismes d'enregistrement et de collecte des données primaires au sein des nations et de fonder les projections sur ces données fiables plutôt que sur des estimations modélisées.

Les indicateurs et leur utilisation doivent être réexaminés. Il est peu probable que les mesures existantes des progrès accomplis dans la réalisation du CHU reflètent la situation réelle et il est probable que la situation soit pire que ce qu'indique le résumé.

Compte tenu des inégalités dans la progression de la numérisation des informations sanitaires, les communautés marginalisées deviennent de plus en plus invisibles dans les données officielles, ce qui entraîne une augmentation de la charge de travail supportée par les travailleurs de première ligne.

### **3. Pourquoi est-ce important ?**

Cette année, l'OMS fêtera son 75e anniversaire. Les efforts déployés pour mettre en œuvre la couverture sanitaire universelle ont privilégié l'accès au financement plutôt que l'accès à des soins de santé complets. Comme nous l'avons vu plus haut, le fait de se concentrer uniquement sur l'amélioration du financement ne nous rapprochera pas de son objectif premier : la réalisation du droit à la santé pour tous. La mise en place de systèmes de santé dans lesquels les gens ont confiance et qui fonctionnent bien constitue également une base solide pour contenir et atténuer les effets négatifs des urgences de santé publique.

## **Point 12.1 de l'ordre du jour : Renforcer l'architecture mondiale de préparation, de réponse et de résilience aux urgences sanitaires**

### Questions qui doivent être discutées dans l'Architecture globale de l'HEPRR

- **La solidarité internationale, et non la charité, doit être au cœur de la préparation et de la réponse aux pandémies mondiales.**
- **L'accord sur la pandémie doit inclure des dispositions exigeant la mise en œuvre de l'accès et du partage des avantages des contre-mesures médicales.**
- **Il faut s'attaquer aux problèmes qui sous-tendent les crises du personnel de santé et empêcher la fuite des cerveaux.**
- **Le gel des contributions obligatoires doit être annulé et les fonds affectés doivent être réduits.**
- **Les mécanismes mondiaux de financement de la santé doivent être radicalement modifiés pour rompre le statu quo financier et économique néocolonial qui prévaut.**

### 1) Quel est le problème ?

L'architecture mondiale de l'OMS pour la HEPRR recoupe les travaux entrepris par l'INB sur l'élaboration d'un instrument international de lutte contre les pandémies, mais le rapport de l'EB (EB152/12) ne contient pas de propositions de coordination et ne présente pas de plan pour rassembler ces processus parallèles de manière cohérente. De nombreuses questions essentielles liées à l'économie politique de la santé publique mondiale ne sont pas abordées dans le rapport. À l'heure actuelle, les propositions ne permettent pas de croire que les réformes en cours d'élaboration apporteront les changements nécessaires à la préparation et à la réponse aux pandémies.

- a) Sur la GOUVERNANCE : ajouter des divisions et de l'inefficacité au lieu de favoriser la solidarité.

L'expérience de Covid-19 a démontré que la solidarité est une capacité essentielle pour une réponse efficace à la pandémie, tant au sein des pays qu'entre eux. Il semble qu'il n'y ait eu aucune reconnaissance de ce fait, ni aucune exploration des causes profondes du manque de solidarité qui a marqué la réponse internationale à la pandémie. Au niveau international, nous avons constaté un manque de solidarité en ce qui concerne l'achat de vaccins et les conflits relatifs à la suspension ou à l'application des droits de propriété intellectuelle sur les technologies vaccinales. L'absence de soutien financier suffisant pour que les pays en développement investissent dans les biens mondiaux (c'est-à-dire dans l'amélioration des capacités de base) suggère que les expressions de préoccupation concernant la *sécurité sanitaire mondiale* pourraient être mieux comprises comme une *sécurité sanitaire fermée* (pour le Nord) que comme le sentiment que "nous sommes tous dans le même bateau". On ne comprend pas pourquoi cette idée n'a pas trouvé sa place dans cet ensemble de rapports sur le renforcement de la prévention, de la préparation et de la réponse aux urgences. Elle n'a pas non plus été abordée dans l'un des examens par les experts des

enseignements tirés ou des pistes d'amélioration. De ce fait, la création de comités/conseils supplémentaires apparaît davantage comme une tentative de contourner les véritables problèmes et risque de créer davantage de divisions au lieu de favoriser la solidarité.

b) Sur SYSTEMES : L'accès aux médicaments et la crise du personnel de santé sont ignorés

Le boycott du C-TAP, à la fois par les entreprises pharmaceutiques et par les États-nations qui les soutiennent, et l'opposition de la Commission européenne à la proposition initiale de dérogation à l'Accord sur les ADPIC montrent que la plupart des pays du Nord privilégient les droits de propriété intellectuelle au détriment des droits de l'homme. Rien dans l'ensemble des rapports actuels ne reconnaît, et encore moins ne traite, de cette mauvaise répartition des priorités.

L'occasion de clarifier le cadre des soins primaires complets et communautaires en tant qu'élément essentiel de la préparation du système de santé a également été manquée. La crise de la pénurie de personnel de santé et la crise de la santé mentale qui frappe le personnel de santé dans les pays en développement et les pays développés n'ont pas été reconnues et risquent de s'aggraver dans les années à venir. La proposition de création d'un corps d'urgence sanitaire mondial ne fera qu'aggraver la fuite des cerveaux et réduire davantage les capacités des pays qui en ont le plus besoin.

c) Sur le thème du FINANCEMENT : Mandater les institutions financières internationales en matière de santé ?

Pour les pays les moins avancés, le coût d'opportunité associé à la mise en œuvre des capacités essentielles prescrites dans les RSI peut être très important. Pour les pays où la charge de morbidité est double ou triple, la dépense de ressources nationales pour ce qui devrait être considéré comme un bien public mondial peut ne pas être l'utilisation la plus rationnelle de ces ressources. Le remboursement de la dette, les intérêts et les surtaxes des prêts, ainsi que les flux financiers illicites doivent être abordés afin de créer l'espace fiscal national nécessaire au financement des capacités de RHEP.

La Banque mondiale et le FMI ne sont pas de nouveaux acteurs du financement mondial de la santé, mais il est dangereux de légitimer davantage leur participation à la gouvernance mondiale de la santé. Les politiques qu'ils ont promues et imposées, qu'elles soient liées ou non à la santé, ont contribué à la dégradation de la santé et de l'équité sociale, frappant le plus durement les populations les plus vulnérables et marginalisées. Plus inquiétant encore, ces politiques ont, au fil du temps, enfermé les pays en développement dans le cercle vicieux de la dette et cimenté leur dépendance à l'égard du Nord. Sans parler des implications pour la souveraineté des États membres. Tout ceci n'est pas sans rappeler l'époque coloniale.

## 2) **Que voulons-nous ?**

PHM exhorte les États membres à ralentir la course à la responsabilisation en matière de sécurité sanitaire mondiale en attendant des engagements financiers et sociaux irréfutables de la part du Nord mondial, par exemple l'annulation de la dette.

La PHM exhorte les États membres à insister sur l'inclusion de dispositions juridiquement contraignantes sur l'accès et le partage des avantages des contre-mesures médicales dans l'instrument pandémique proposé, qui seront honorées non seulement par les États membres mais aussi, ce qui est crucial, par les entités commerciales.

Nous demandons instamment à l'OMS d'identifier les facteurs systémiques qui éloignent les travailleurs des systèmes de santé avant d'institutionnaliser un plan ambitieux pour un corps d'urgence sanitaire mondial et de fournir des orientations aux États membres pour remédier à la situation.

L'OMS doit explorer des mécanismes de financement qui brisent la dynamique financière et économique néocoloniale. Elle doit reconnaître que la crise de financement de l'institution a été créée dans le cadre d'un projet plus vaste visant à limiter l'influence du Sud sur la gouvernance mondiale de la santé. L'OMS doit prendre les mesures nécessaires pour inverser le gel des contributions obligatoires et l'affectation stricte des fonds des donateurs, au lieu de faire davantage appel au secteur privé.