



L'État de l'engagement en faveur de la couverture santé universelle : synthèse, 2020

Mesures urgentes pour
des systèmes de santé qui
protègent tout le monde,
dès maintenant



uhc2030

Demandes clés du Mouvement pour la CSU



Garantir une impulsion politique au-delà de la santé

S'engager à instaurer la CSU pour permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge, au titre d'un contrat social.



Ne laisser personne de côté

Rechercher l'équité dans l'accès à des services de santé de qualité avec une protection financière.



Réguler et légiférer

Créer un environnement régulateur et juridique solide et habilitant qui réponde aux besoins des populations.



Défendre la qualité des soins

Mettre en place des systèmes de santé de qualité qui inspirent confiance aux personnes et aux communautés.



Investir plus, investir mieux

Appuyer le financement public et harmoniser les investissements de santé.



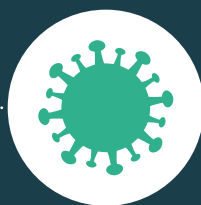
Avancer ensemble

Établir des mécanismes multipartites afin de mobiliser l'ensemble de la société pour un monde en meilleure.



Mettre en avant l'égalité entre les hommes et les femmes, corriger les dynamiques de pouvoir liées au genre et garantir les droits des femmes et des filles comme principes fondamentaux de la CSU.

Égalité entre les hommes et les femmes



Promouvoir des systèmes de santé solides et résilients pour améliorer la préparation et la réponse aux urgences sanitaires.

Préparation aux urgences sanitaires

Consultation multipartite en préparation de la réunion de haut niveau des Nations Unies sur la couverture santé universelle

Crédit photo: @CSU2030 - Akihito Watabe



Table des matières

Remerciements	4
Abréviations et acronymes	5
Avant-propos	6
Résumé d'orientation	9
• Messages pour les dirigeants politiques nationaux	10
• Message pour les responsables mondiaux et d'autres acteurs	17
Introduction	19
Objet	22
Méthode	23
Progrès des pays vers la CSU pendant une urgence sanitaire mondiale	25
• Donner la priorité à la CSU pour traiter et surmonter la pandémie de COVID-19, calmer l'anxiété et restaurer la confiance	26
• Corriger les inégalités systémiques qui s'élargissent avec le COVID-19 en créant des filets de sécurité financière et sociale plus solides et en donnant la priorité à l'équité à chaque étape	28
• Élargir et renforcer la législation et les réglementations sur la CSU, définir des cibles claires et mieux communiquer pour rassembler les personnes	32
• Soutenir les personnels de santé, les protéger et en prendre soin, et innover pour améliorer et maintenir la qualité des services pendant les situations d'urgence	35
• Investir dans la santé publique et les soins de santé primaires comme effort conjoint des ministres de la santé et des finances ainsi que des autorités locales pour garantir la continuité des services de santé essentiels et assurer une défense de première ligne contre les épidémies	40
• Nouer des partenariats grâce à une véritable participation de la société civile	42
• Autonomiser les femmes qui se révèlent des dirigeantes extrêmement efficaces dans les urgences sanitaires	46
• Donner plus de poids aux principes de la CSU dans la riposte à chaque crise et intégrer la préparation aux urgences dans toutes les réformes des systèmes de santé	49
Contribution du Mouvement pour la CSU pendant une urgence sanitaire mondiale	54
Profils des pays	64
Portail de données sur la CSU	65
Références	66

Remerciements

La CSU2030 tient à exprimer sa gratitude aux États Membres de l'Organisation des Nations Unies (ONU) pour lui avoir confié la tâche importante de contribuer : au développement et au renforcement de la viabilité de la couverture santé universelle (CSU) au niveau national (A/RES/72/139) ; au processus préparatoire et à la réunion de haut niveau des Nations Unies sur la CSU en 2019, particulièrement du point de vue du partage des données et des bonnes pratiques, des défis et des leçons (A/RES/73/131) ; et à la revitalisation et la promotion de partenariats mondiaux solides avec toutes les parties concernées afin d'appuyer, de manière collaborative, les efforts déployés par les États Membres, notamment avec un appui technique, le renforcement des capacités et le plaidoyer (A/RES/74/2).

Nous remercions Ilona Kickbusch et Githinji Gitahi, Coprésidents du Comité directeur de la CSU2030, pour leurs conseils stratégiques lors du lancement de ce projet phare. Le projet a été coordonné par Akihito Watabe, responsable de l'équipe de préparation du rapport sur « L'état de l'engagement en faveur de la CSU », sous la direction de Marjolaine Nicod et Toomas Palu, Codirigeants de l'Équipe de base de la CSU2030.

La synthèse 2020 et les profils des pays ont été préparés par l'équipe chargée du rapport et des experts y ayant contribué, avec un soutien de recherche du Centre pour la santé universelle de Chatham House, Londres, Royaume-Uni. La CSU2030 les remercie tous chaleureusement pour leur participation active, compte tenu des circonstances difficiles créées par la pandémie de COVID-19 dans lesquelles s'est déroulé l'essentiel de ce travail. L'équipe chargée du rapport a assuré l'orientation d'ensemble, a collecté les sources, a préparé des articles, a réalisé des consultations auprès des parties prenantes et a formulé les messages pour les dirigeants politiques. Le groupe consultatif politique auprès du Mouvement pour la CSU a examiné les messages pour les dirigeants politiques après avoir réfléchi aux principales conclusions et données apportées par plusieurs experts. Les personnes ayant contribué à titre individuel à ce travail sont les suivantes :

- Équipe chargée du rapport : Khuat Thi Hai Oanh, Justin Koonin, Masaki Inaba, Itai Rusike, Logan Ansell, Matthew Guildford, Shyama Kuruvilla, Ilze Kalnina, Nono Ayivi-Guedehoussou, Alethea

Dopart, Richard Cibulskis, Dheepa Rajan, Kira Koch, Gabriela Flores, Gang Sun, Kate Thomson, Ann Keeling, Roopa Dhatt, Tara Brace-John, Jenny Yates, William French, Jessica Clark, Kazumi Inden et Eliana Monteforte.

- Groupe consultatif politique : Elhadj As Sy, Emilia Saiz, Gabriela Cuevas Barron, Gro Harlem Brundtland, Keizo Takemi, María Fernanda Espinosa Garcés et Vytenis Povilas Andriukaitis.
- Experts ayant contribué au rapport : Lenio Capsaskis, Taona Kuo, Ties Boerma, Yosuke Kita et Satoshi Ezoe.
- Chatham House : Robert Yates, Claire Munoz Parry, Emma Ross, Frini Chantzi, Gretchen Stevens, Nina van der Mark, Anna Socha, Ben Wakefield et Lara Hollmann.

Nous adressons aussi tout particulièrement nos remerciements à Healthcare Information For All pour la traduction des réponses à l'enquête des pays et acteurs communautaires. Notre gratitude va également à Global Health Strategies pour ses communications stratégiques, à Alison Dunn et Mathew Kelley pour la conception graphique, à Elisabeth Heseltine pour la correction d'épreuves et la révision finale ainsi qu'à Maria Faget et Françoise Lafourcade pour la traduction de cette publication en espagnol et français.

Nous attachons un grand prix aux commentaires de plus de 400 répondants à l'enquête sur la CSU 2020 dans 125 pays ainsi que des groupes représentés à la CSU2030 qui ont fourni des informations pour la synthèse et les profils des pays.

Que soient remerciés tous les partenaires de la CSU2030, qui ont adhéré au Pacte mondial pour avancer vers la CSU, pour leur engagement collectif et leur travail en vue de réaliser la CSU d'ici à 2030 ainsi que pour leur soutien au Mouvement pour la CSU.

Surtout, nous tenons à exprimer notre gratitude à tous les acteurs du Mouvement pour la CSU dans le monde dont les voix et les expériences guident notre travail. Ce sont eux qui s'engagent le plus activement, chaque jour, pour veiller à ce que la déclaration politique sur la CSU soit mise en œuvre dans leur vie et pour leur famille, leur communauté et leur pays.

Abréviations et acronymes

Accélérateur ACT	dispositif pour accélérer l'accès aux outils de lutte contre le COVID-19
COVAX	le pilier des vaccins du dispositif pour accélérer l'accès aux outils de lutte contre le COVID-19
CSU	couverture santé universelle
CSU2030	Partenariat international de santé pour la CSU 2030
LGBTQ+	personnes lesbiennes, gays, bisexuelles, transgenres et queers (ou en questionnement) et autres.
MPSC	Mécanisme de participation de la société civile pour la CSU2030
ODD	objectifs de développement durable
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONU	Organisation des Nations Unies
OSC	organisation de la société civile
RNV	revue nationale volontaire

Avant-propos

« Le COVID-19 démontre qu'une couverture sanitaire universelle, des systèmes de santé publique solides et une préparation aux situations d'urgence sont indispensables aux communautés, aux économies et à chacun et chacune d'entre nous. »

António Guterres, Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies
(Note de synthèse : Le COVID-19 et la CSU¹)

2020 : Une reconnaissance mondiale pour la couverture santé universelle

Le monde est bien différent aujourd'hui de ce qu'il était il y a un an, juste avant que les premiers cas de COVID-19 ne soient signalés à l'Organisation mondiale de la Santé (OMS).

Quelques mois auparavant, en septembre 2019, les dirigeants mondiaux s'étaient réunis pour adopter la déclaration politique sur la santé la plus ambitieuse et complète de l'histoire. Le jour de la réunion de haut niveau des Nations Unies sur la couverture santé universelle (CSU), il régnait un climat d'optimisme et les responsables ont réaffirmé leur volonté de parvenir à la CSU et de garantir des vies en bonne santé et le bien-être pour tous d'ici à 2030.

La crise actuelle du COVID-19 est un défi sans précédent pour la santé mondiale et une menace fondamentale pour la sécurité humaine. Elle a représenté un test de résistance extrême pour les systèmes de santé du monde. Alors que les pays doivent assurer une mission double consistant à gérer la propagation du virus tout en maintenant d'autres services de santé, la crise a mis à l'épreuve la capacité de chaque pays à atteindre tous les habitants avec des services de santé essentiels de qualité, sans charge financière. Les responsables de par le monde et à tous les niveaux de gouvernement ont dû prendre d'innombrables décisions épineuses. Dans bien des endroits, le COVID-19 a exploité et exacerbé de profondes inégalités et des manques qui étaient un frein bien avant l'apparition du virus.

À propos de cette synthèse

Cette première synthèse du rapport sur « L'état de l'engagement en faveur de la CSU » et des profils des pays publiés à l'approche de la Journée internationale de la CSU 2020 est fondée sur les perspectives de divers acteurs sur la situation présente et les engagements actuels des pays. Elle résume les difficultés et les possibilités d'avancer vers la CSU dans un monde aux prises avec la pandémie de COVID-19. La synthèse est fondée sur beaucoup de sources, notamment une consultation et enquête en ligne auprès des parties prenantes, un examen des publications, une analyse des médias, les déclarations politiques des États Membres de l'ONU dans différents forums internationaux, ainsi qu'une revue des mesures prises par des initiatives mondiales. Le rapport est structuré autour des huit domaines d'engagement de la déclaration politique sur la CSU², fondés sur les « demandes clés » présentées par le Mouvement pour la CSU et sur lesquelles les parties prenantes se sont mises d'accord avant la réunion de haut niveau des Nations Unies en 2019³.

Au moment de la finalisation de ce rapport en novembre 2020, la pandémie et les réponses qui lui ont été données sont encore en cours, ce qui veut dire qu'on ignore quelles approches auront été les plus réussies. Néanmoins, les principales conclusions et les enseignements clés se dessinent déjà.

Messages pour les dirigeants politiques

La CSU n'est pas simplement une initiative à long terme qu'on peut « placer en attente » jusqu'à ce que la pandémie soit passée. C'est une priorité urgente pour mettre fin à la crise et construire un avenir plus sain et plus en sécurité. Le rapport sur « L'état de l'engagement en faveur de la CSU » pose une question simple : les gouvernements prennent-ils des mesures pour tenir leurs engagements en matière de CSU ? Cette synthèse présente des résultats et des tendances dans le monde entier d'après les expériences pendant cette époque difficile.

L'état actuel de la CSU présente des enjeux considérables. Dans beaucoup de pays, les groupes pauvres et vulnérables sont à nouveau laissés de côté et la crise du COVID-19 exacerbe les inégalités. Les gens sont inquiets pour leur santé, leurs finances et leur avenir et, dans certains pays, la confiance dans le gouvernement et les dirigeants politiques s'effrite. La pandémie de COVID-19 expose et accentue aussi les faiblesses des systèmes de santé, montrant que beaucoup de gouvernements ont négligé d'investir dans la santé, les filets de sécurité sociale et la préparation aux situations d'urgence quand c'était vraiment important : avant que la crise ne frappe. Même les pays dotés de systèmes plus solides auraient pu mieux se préparer à cette situation d'urgence. Il reste beaucoup à faire pour soutenir correctement les personnels de santé de première ligne, associer véritablement tous les acteurs à la prise de décision et mener des ripostes respectant le principe de l'égalité entre hommes et femmes. En outre, rares sont les pays qui ont adopté des cibles nationales mesurables et la connaissance des engagements du gouvernement demeure limitée parmi la population.

Néanmoins, il y a aussi des raisons d'espérer. Les pays qui ont jusqu'à présent obtenu les meilleurs résultats dans la lutte contre le COVID-19 sont en général gouvernés par des dirigeants qui interagissent avec la communauté scientifique, tiennent compte de l'avis des responsables de santé publique et prennent des décisions rapides et énergiques pour protéger chacun.

Nous demandons à tous les dirigeants et à d'autres acteurs dans l'ensemble de la société d'agir en urgence pour des systèmes de santé qui protègent tout le monde, dès maintenant.

Coprésidents du Comité directeur de la CSU2030 et membres du groupe consultatif politique auprès du Mouvement pour la CSU



Ilona
Kickbusch,
Coprésidente



Githinji
Gitahi,
Coprésidente



Elhadj
As Sy,
Conseiller
politique



Emilia
Saiz,
Conseillère
politique



Gabriela
Cuevas,
Conseillère
politique



Gro
Brundtland,
Conseillère
politique



Keizo
Takemi,
Conseillère
politique



María
Espinosa,
Conseillère
politique



Vytenis
Andriukaitis,
Conseillère
politique

Plus précisément, nous demandons à tous les dirigeants politiques de prendre les mesures suivantes :



Donner la priorité à la CSU pour traiter et surmonter la pandémie de COVID-19, calmer l'anxiété et restaurer la confiance. La santé publique, les économies et les sociétés souffrent quand les gens craignent pour leur santé, leurs finances et leur avenir et qu'ils n'ont plus confiance dans les autorités et les dirigeants politiques.



Corriger les inégalités systémiques qui s'élargissent avec le COVID-19 en créant des filets de sécurité financière et sociale plus solides et en donnant la priorité à l'équité à chaque étape. Les communautés pauvres et vulnérables qui étaient déjà aux prises avec des difficultés avant la pandémie sont maintenant touchées le plus durement par les répercussions sanitaires et économiques.



Élargir et renforcer la législation et les réglementations sur la CSU, définir des cibles claires et mieux communiquer pour rassembler les personnes. Beaucoup de pays n'ont pas adopté d'objectifs nationaux mesurables en matière de CSU et la connaissance de l'engagement du gouvernement en faveur de la CSU demeure limitée dans le public.



Soutenir les personnels de santé, les protéger et en prendre soin, et innover pour améliorer et maintenir la qualité des services pendant les situations d'urgence. Les personnels de santé de première ligne n'ont pas été correctement soutenus pendant la pandémie, ce qui compromet la qualité de leurs services.



Investir dans la santé publique et les soins de santé primaires comme effort conjoint des ministres de la santé et des finances ainsi que des autorités locales pour garantir la continuité des services de santé essentiels et assurer une défense de première ligne contre les épidémies. Les personnes veulent une hausse des dépenses publiques de santé, mais ont tendance à oublier la santé publique et la préparation, qui sont des biens publics essentiels.



Nouer des partenariats grâce à une véritable participation de la société civile. La société civile a souvent eu l'impression qu'elle est uniquement consultée pour respecter les obligations. C'est une erreur. La société civile est une passerelle capitale entre les gouvernements et les personnes laissées de côté dans la réponse à une situation d'urgence.



Autonomiser les femmes qui se révèlent des dirigeantes extrêmement efficaces dans les urgences sanitaires. Les processus de la CSU continuent d'ignorer la dimension de genre et le COVID-19 a montré que les femmes et les filles sont encore laissées de côté.



Donner plus de poids aux principes de la CSU dans la riposte à chaque crise et intégrer la préparation aux urgences dans toutes les réformes des systèmes de santé. Certains pays ont obtenu de bons résultats dans la riposte à la pandémie, et les approches de la CSU ont été essentielles, mais beaucoup de pays ont sous-investi dans la préparation.

Pour l'avenir, nous invitons instamment tous les dirigeants mondiaux et d'autres acteurs à se rassembler, pour garantir une action cohérente et instaurer un climat de confiance en élargissant la participation à la gouvernance de la santé à tous les niveaux.

Résumé d'orientation

Nous demandons à tous les dirigeants et à d'autres acteurs dans l'ensemble de la société d'agir en urgence pour des systèmes de santé qui protègent tout le monde, dès maintenant.

À peine plus d'un an après la réunion de haut niveau des Nations Unies sur la CSU, le rapport sur « L'état de l'engagement en faveur de la CSU » pose une question simple : les gouvernements prennent-ils des mesures pour tenir leurs engagements en matière de CSU ?

Les principales conclusions montrent que, dans beaucoup de pays, les groupes pauvres et vulnérables sont une fois de plus laissés de côté et que la crise du COVID-19 accentue les inégalités. Les gens sont inquiets pour leur santé, leurs finances et leur avenir et, dans certains pays, la confiance dans le gouvernement et les dirigeants politiques s'effrite. La pandémie de COVID-19 expose et exacerbe aussi les faiblesses des systèmes de santé, montrant que beaucoup de gouvernements ont négligé d'investir dans la santé, les filets de sécurité sociale et la préparation aux situations d'urgence quand c'était vraiment important : avant que la crise ne frappe. Même les pays dotés de systèmes plus solides auraient pu mieux se préparer à cette situation d'urgence. Il reste beaucoup à faire pour soutenir correctement les personnels de santé de première ligne, associer véritablement tous les acteurs à la prise de décision et appliquer des ripostes respectant le principe de l'égalité entre hommes et femmes. En outre, rares sont les pays à avoir adopté des cibles nationales mesurables et la connaissance des engagements du gouvernement demeure limitée parmi la population.

Néanmoins, il y a aussi des raisons d'espérer. Les pays qui ont jusqu'à présents obtenu les meilleurs résultats dans la lutte contre le COVID-19 sont en général gouvernés par des dirigeants qui interagissent avec la communauté scientifique, tiennent compte de l'avis des responsables de santé publique et prennent des décisions rapides et énergiques pour protéger chacun.

Puisque la peur et la méfiance grandiront probablement ces prochains mois avec l'intensification de la pandémie, les dirigeants politiques doivent d'ores et déjà prendre des mesures fermes pour s'attaquer à la pandémie et avoir un impact rapide et concret sur la vie des gens.

Les peurs de nombreuses personnes sont associées aux conséquences sanitaires et économiques néfastes de la crise, par conséquent, une politique évidente à envisager est d'élargir les réformes du système de santé dans le sens de la CSU, ce qui bénéficierait simultanément à la santé et à la sécurité financière en protégeant la population des coûts occasionnés par le soins de santé. Aneurin Bevan, l'artisan des réformes de santé du Royaume-Uni, était bien conscient du potentiel de la CSU pour alléger les craintes des gens sur les répercussions financières d'un mauvais état de santé, puisqu'il a intitulé son livre sur le succès de la création du National Health Service « Au lieu de la peur ».

Beaucoup des grands systèmes de santé dans le monde ont été mis en place par des dirigeants au lendemain ou même au beau milieu de crises nationales, souvent dans l'espoir de calmer la peur, d'atténuer les tensions sociales et de restaurer la confiance dans l'État. C'est vrai des transitions vers la CSU en France, au Japon, en Nouvelle-Zélande, au Rwanda, à Sri Lanka et en Thaïlande, où les réformes du système de santé ont suivi une épidémie meurtrière de paludisme⁴.

Avec le monde en proie à la plus grave crise sanitaire jamais connue depuis plus d'un siècle, les dirigeants d'aujourd'hui seraient bien avisés d'employer cette stratégie et, même face aux restrictions fiscales causées par les répercussions économiques du COVID, d'investir massivement et rapidement dans des réformes du système de santé qui lutteront contre cette crise mais protégeront aussi chacun d'entre nous de futures crises de santé publique et autres. En outre, ces mesures redonneraient confiance dans l'État et consolideraient les arguments en faveur de contrats sociaux plus forts pour maintenir des services universels, non seulement dans la santé, mais également dans d'autres secteurs sociaux essentiels. Cette stratégie serait certainement l'une des meilleures pour surmonter la crise du COVID-19 et revenir sur la bonne voie en vue de réaliser tous les objectifs de développement durable (ODD).

Messages pour les responsables politiques nationaux

Il est peu probable que les dirigeants politiques à qui il incombe de tenir l'engagement de leur pays en matière de CSU consultent des conclusions et recommandations détaillées. Il est donc important de rassembler tous ces détails et de les traduire en messages clés pour qu'ils en tiennent compte quand ils planifient et appliquent leurs ripostes au COVID-19 et leurs stratégies sur la CSU à plus long terme. Les principaux résultats et messages suivants, qui réfléchissent à la crise du COVID-19, ont été identifiés pour la synthèse 2020 par une consultation et une enquête auprès de multiples acteurs, un examen des publications, des informations dans les médias, et d'après les engagements politiques souscrits dans plusieurs forums internationaux. Le rapport sur « L'état de l'engagement en faveur de la CSU » est structuré autour de huit « axes d'engagement » de la déclaration politique sur la CSU, sur la base des demandes clés présentées par le Mouvement pour la CSU sur lesquelles les acteurs se sont mis d'accord avant la réunion de haut niveau des Nations Unies en 2019.



Garantir une impulsion politique au-delà de la santé

Donner la priorité à la CSU pour traiter et surmonter la pandémie de COVID-19, calmer l'anxiété et restaurer la confiance. La santé publique, l'économie et les sociétés souffrent quand les gens craignent pour leur santé, leurs finances et leur avenir et qu'ils n'ont plus confiance dans les autorités et les responsables politiques.

La peur grandit dans les populations du monde entier, aussi bien dans les pays riches que pauvres. Les gens craignent pour leur santé et celle de leur famille (ils ont notamment peur de la mort et des conséquences sanitaires à long terme), ils redoutent le chômage et la perte de revenu, la pauvreté, la faim, l'isolement et la discrimination. La peur est aussi provoquée par les inégalités de santé qui ont été exposées par la pandémie et qui risquent de s'accroître. Il convient de noter que, dans beaucoup de pays, ceux qui craignent le chômage et la perte de revenu ou la pauvreté sont aussi ceux qui ne peuvent avoir accès aux soins de santé.

Cette peur individuelle et collective provoque aussi de plus en plus de maladies mentales, notamment l'anxiété et la dépression, avec pour corollaire une perte importante de bien-être. La peur grandissante divise aussi les populations, par exemple les jeunes et les personnes âgées, et les groupes présentant des vulnérabilités différentes au COVID-19. Ces divisions représentent une menace de taille à la cohésion sociale qu'il faut protéger dans ce qui pourrait être une longue crise.

La peur attise aussi une insatisfaction croissante face aux réponses de certaines autorités au COVID-19 et sape la confiance dans certains les gouvernements et leurs responsables. Cette situation compromet l'observance des mesures de santé publique, comme les restrictions de rassemblements sociaux et le port de masques sur le visage, et alimente aussi le scepticisme sur la sécurité et l'efficacité des vaccins, un sentiment exacerbé par des campagnes de désinformation en ligne. Les manifestations contre les politiques gouvernementales de lutte contre le COVID-19 deviennent parfois violentes et menacent donc la stabilité sociale⁵.

L'érosion de la confiance dans l'État pourrait avoir de profondes conséquences à long terme, notamment sur les progrès vers la CSU, si elle sape les contrats sociaux en vertu desquels les personnes sont prêtes à payer des impôts plus élevés pour des services publics universels. Les responsables devraient reconnaître l'importance de la CSU dans la préparation et la réponse au COVID-19 et faire avancer le programme de la CSU lorsqu'ils renforceront la résilience dans la phase de récupération de la pandémie.

Il est déjà évident que la méfiance à l'égard des dirigeants politiques dont la réponse à la pandémie est jugée sévèrement par leurs administrés a des conséquences politiques négatives pour eux, ainsi que le montrent les cotes de popularité en baisse⁷ ou les revers électoraux¹⁰.

Il est donc de l'intérêt des politiciens eux-mêmes de s'occuper en priorité d'atténuer la peur du COVID-19 dans leur population, de restaurer la confiance dans les gouvernants et de trouver des moyens rapides et efficaces d'y parvenir. Les réformes du système de santé dans le sens de la CSU pourraient être un moyen efficace ; le moment est donc bien choisi pour que les organisations de la société civile (OSC) et leurs partenaires fassent comprendre aux dirigeants politiques les avantages sanitaires, économiques et sociétaux de la CSU.



Ne laisser personne de côté

Corriger les inégalités systémiques qui s'élargissent avec le COVID-19 en créant des filets de sécurité financière et sociale plus solides et en donnant la priorité à l'équité à chaque étape. Les communautés pauvres et vulnérables qui étaient déjà aux prises avec des difficultés avant la pandémie sont maintenant touchées le plus durement par les répercussions sanitaires et économiques.

Au cours de la réunion de haut niveau des Nations Unies sur la CSU, les dirigeants mondiaux ont accepté d'atteindre la CSU de manière équitable et se sont précisément engagés à « veiller à ne laisser personne de côté, en s'efforçant de venir en aide aux plus défavorisés en premier... »¹¹

Les enquêtes mondiales sur les expériences des personnes et les informations dans les médias¹² indiquent que cet engagement n'est pas respecté dans les ripostes à la pandémie de COVID-19, et que les populations pauvres et vulnérables sont frappées le plus durement par les conséquences directes et indirectes de la pandémie. Les groupes qui souffrent de manière

disproportionnée comprennent les personnes âgées, les membres les plus pauvres de la société, les femmes et les filles, les personnes handicapées et atteintes de maladies chroniques, les habitants de zones écartées et les migrants.

Même dans les pays à revenu élevé, les groupes vulnérables sont laissés de côté, notamment les personnes âgées vivant dans des maisons de retraite, les patients ayant besoin de soins palliatifs, les migrants qui vivent dans des logements insalubres avec une protection insuffisante sur leur lieu de travail et les sans-abris qui passent à travers les mailles des filets de sécurité sociale.

Alors que les taux de chômage ont augmenté et que les niveaux de revenu diminuent, de plus en plus de personnes ont eu du mal à avoir accès à des services de santé efficaces, en particulier dans les systèmes de santé dominés par les paiements directs des patients et les régimes d'assurance fondés sur l'emploi. Cette situation menace de réduire la couverture des services aussi bien que la protection financière contre les frais de santé et d'élargir l'inégalité de santé entre riches et pauvres. Cela mine les progrès vers la CSU, mais menace aussi la sécurité sanitaire collective, reflétant ainsi la déclaration de l'OMS selon laquelle : « Nul parmi nous ne sera en sécurité tant que nous ne serons pas tous en sécurité. »¹³.



Réguler et légiférer

Élargir et renforcer la législation et les réglementations sur la CSU, définir des cibles claires et mieux communiquer pour rassembler les personnes. Rares sont les pays à avoir adopté des objectifs nationaux mesurables en matière de CSU et la connaissance de l'engagement du gouvernement en faveur de la CSU demeure limitée dans le public.

L'une des principales conclusions de l'enquête sur la CSU de 2020¹⁴ est que les parties prenantes ne savent pas précisément ce que constitue un engagement en faveur de la CSU et quels engagements, le cas échéant, leur gouvernement a pris récemment ou dans le passé. Questionnés sur ces engagements, les répondants à l'enquête ont souvent cité la santé dans la constitution ou les lois de leur pays, ou encore de vagues politiques ou déclarations faites dans des réunions ou les médias.

De plus, peu de pays ont défini des objectifs explicites pour relever la couverture des services de santé essentiels et augmenter la protection financière ou bien ils n'ont pas communiqué ces objectifs aux parties concernées, notamment aux OSC. Même si tous les pays ont accepté de surveiller les progrès vers la CSU avec deux indicateurs spécifiques (les indicateurs des ODD 3.8.1, couverture des services essentiels, et 3.8.2, protection financière), la plupart n'ont pas encore défini des cibles nationales explicites pour améliorer ces indicateurs ni même jamais rendu compte à leur sujet. Les cibles de la CSU qui existent tendent à être centrées sur des groupes de population spécifiques, sur l'augmentation du recours à des services propres à certaines maladies ou de la disponibilité d'intrants clés, comme les établissements de santé et les personnels soignants, sur la hausse des inscriptions dans les régimes d'assurance ou sur les annonces de relèvement du financement public. Ces cibles échouent fréquemment à concrétiser l'objectif ultime qui est de garantir l'accès de tout le monde, partout, à des services de santé essentiels de qualité sans crainte d'une charge financière.

Il s'ensuit une certaine confusion dans l'esprit de la population quant aux engagements sur lesquels il faudrait demander des comptes aux gouvernants pour les progrès accomplis, s'il y a lieu, en vue de les mettre en pratique.

Les parlements, la société civile et d'autres acteurs peuvent non seulement demander aux gouvernements de partager davantage d'informations sur la législation et les réglementations, mais aussi agir de leur propre chef en s'informant sur la législation ou sur l'absence de celle-ci et en partageant ces renseignements avec la population. La CSU a plus de chances de progresser si les citoyens la demandent activement et s'ils tiennent leur gouvernement comptable de sa mise en œuvre.



Défendre la qualité des soins

Soutenir les personnels de santé, les protéger et en prendre soin, et innover pour améliorer et maintenir la qualité des services pendant les situations d'urgence.

Les personnels de santé de première ligne n'ont pas été correctement soutenus pendant la pandémie, ce qui compromet la qualité de leurs services.

Dans presque tous les pays, la pandémie de COVID-19 a exercé de terribles pressions sur les personnels de santé de première ligne et a exposé les lacunes dans le nombre d'agents de santé, leur répartition inégale et inefficace, leurs niveaux de rémunération et l'inadaptation des ressources dont ils disposent pour leur permettre d'assurer des services de qualité. Une faille majeure a été constatée dans la fourniture d'équipement de protection individuelle adapté aux agents de santé.

Dans certaines régions, il est nécessaire de rationaliser l'emploi des ressources humaines. Les pays devraient veiller à ce que la dotation en personnel des services de santé de première ligne soit optimale pour répondre aux besoins de la population.

Si cette crise a provoqué beaucoup de difficultés, elle a aussi créé des possibilités d'innover et d'améliorer la prestation des soins de santé, comme avec le déploiement rapide des services de télésanté et télémédecine pour maintenir et même élargir l'accès aux services vitaux, particulièrement pour les habitants de zones écartées ou les personnes qui se sont isolées pour éviter l'infection.



Investir plus, investir mieux

Investir dans la santé publique et les soins de santé primaires comme effort conjoint des ministres de la santé et des finances ainsi que des autorités locales pour garantir la continuité des services de santé essentiels et assurer une défense de première ligne contre les épidémies. Les personnes veulent une hausse des dépenses publiques de santé, mais ont tendance à oublier la santé publique et la préparation, qui sont des biens publics essentiels.

Lorsqu'on a demandé aux différents acteurs dans quels aspects du système de santé de leur pays ils aimeraient que leur gouvernement augmente les dépenses, on a observé une claire tendance à donner la priorité aux services qui bénéficient aux individus (par exemple les établissements de santé, les médicaments et les agents de santé de première ligne), de préférence aux services de santé publique collectifs ; rares sont ceux qui ont mentionné le renforcement de la préparation aux pandémies. Compte tenu de l'impact dévastateur de la crise du COVID-19, il est à espérer que les populations commenceront à exiger de meilleures

performances de leurs système de santé publique et qu'ils recevront une priorité accrue dans les processus de la CSU. Alors que les gouvernements autour du monde investissent maintenant de grandes sommes dans la surveillance, le traçage des contacts et les systèmes de dépistage, quelques signes apparaissent dans le sens d'une redevabilité publique accrue sur la manière dont ces ressources sont dépensées¹⁵. Même avec des finances limitées pour surmonter les conséquences économiques de la pandémie, les pays devraient donner la priorité aussi bien à la CSU qu'à la préparation aux pandémies dans les réformes du système de santé, avec une collaboration plus étroite entre les autorités sanitaires et financières. Cet engagement a été pris par les dirigeants du G20 lors de leur sommet à Osaka, Japon, en 2019¹⁶.

L'une des principales leçons de 2020 est que la santé et l'économie ne s'excluent pas mutuellement, mais sont inextricablement interconnectées. La pandémie donne donc une bonne raison de prioriser dès maintenant les investissements dans la santé, pour des raisons aussi bien sanitaires qu'économiques. Le prix de l'inaction dépasse largement celui de l'investissement dans des fonctions de santé publique et de préparation aux épidémies¹⁷. Les coûts de la riposte à la pandémie et la récession économique en résultant ont été et continueront d'être immenses, de saper les progrès dans la lutte contre la pauvreté et l'inégalité de ces dernières décennies. Par conséquent, les politiques de santé devraient donner la priorité au financement public et lever les obstacles financiers aux services au point d'utilisation. Il est indéniable que les parlementaires font face à des choix difficiles, puisqu'ils doivent naviguer entre la maîtrise de l'épidémie et la protection d'autres services de santé essentiels, l'allègement des effets « indirects » du COVID-19 et la restauration de l'économie. Néanmoins, l'expérience montre que les mesures efficaces de lutte contre l'épidémie et de protection des plus vulnérables bénéficient à l'économie.



Avancer ensemble

Nouer des partenariats grâce à une véritable participation de la société. La société civile a souvent eu l'impression qu'elle est uniquement consultée pour respecter les obligations. C'est une erreur. La société civile est une passerelle capitale entre les gouvernements et les personnes laissées de côté dans la réponse à une situation d'urgence.

Il arrive fréquemment que les conseils et les demandes des OSC ne soient pas pris en compte dans les décisions politiques de haut niveau. Dans certains cas, seuls certains acteurs non gouvernementaux sont inclus dans les consultations politiques alors que d'autres parties concernées sont écartées, ainsi que l'ont raconté des groupes de patients en France¹⁸. Notre recherche confirme que les voix des personnes et des organisations communautaires ne sont pas toujours entendues dans les espaces de décision et de définition des politiques pour la CSU et dans la riposte au COVID-19, et quand les personnes font entendre leurs préoccupations, les décideurs en tiennent peu ou pas compte.

Une réponse équitable au COVID-19 exige que la société civile maintienne son rôle et se fasse l'écho des communautés qui risquent le plus d'être laissées de côté dans la riposte à une situation d'urgence. La crise n'aide pas la société civile à répondre, puisque la fermeture de l'espace civique, les limitations des déplacements et les politiques de plus en plus autoritaires dans beaucoup de pays rendent extrêmement difficile de mener un plaidoyer et d'exiger des comptes. Il faut que les gouvernements créent des mécanismes de participation de la société civile et civique pour permettre à ses membres de saisir ces occasions.



Égalité entre les hommes et les femmes

Autonomiser les femmes qui se révèlent des dirigeantes extrêmement efficaces dans les urgences sanitaires. Les processus de la CSU continuent d'ignorer la dimension de genre et le COVID-19 a montré que les femmes et les filles sont encore laissées de côté.

La pandémie de COVID-19, comme les pandémies et les flambées de maladies infectieuses qui l'ont précédée, exacerbe les inégalités de genre de bien des façons. Dans le monde, les femmes représentent une proportion importante des agents de santé en première ligne, qui sont à risque accru d'infection. Par conséquent, certaines se sont isolées de leurs enfants pour réduire le risque d'infection. Celles qui ne travaillent pas dans le secteur de la santé ont été aussi touchées de manière démesurée par la pandémie. Dans beaucoup de pays, les femmes travaillent dans des secteurs qui ont été lourdement frappés par la pandémie ou dans le secteur informel et ont donc couru plus de risques de connaître des pertes économiques. De plus, beaucoup de pays ont institué un couvre-feu et un confinement sans tenir compte de la continuité des services de santé maternelle, mettant ainsi les femmes enceintes en danger. En outre, plusieurs pays ont enregistré une augmentation de la violence sexiste pendant le confinement.

La nature patriarcale des systèmes de santé publique et mondiale a reçu une attention croissante en 2020. Des recherches récentes¹⁹ ont révélé que les hommes représentent 85,2% des membres des groupes spéciaux nationaux sur le COVID-19 et qu'une moyenne de 25% de femmes avaient siégé dans les trois premières réunions du Comité d'urgence du Règlement sanitaire international (RSI). Une réponse sensible aux impératifs de genre est capitale pour répondre aux flambées de maladies ; les interventions ont plus de chances d'être opérantes pour tout le monde s'il y a une certaine mixité dans les groupes de direction. De plus, les pays dirigés par des femmes enregistrent moins de décès liés au COVID-19 et le fort leadership des politiciennes attire de plus en plus l'attention internationale.



Préparation aux urgences sanitaires

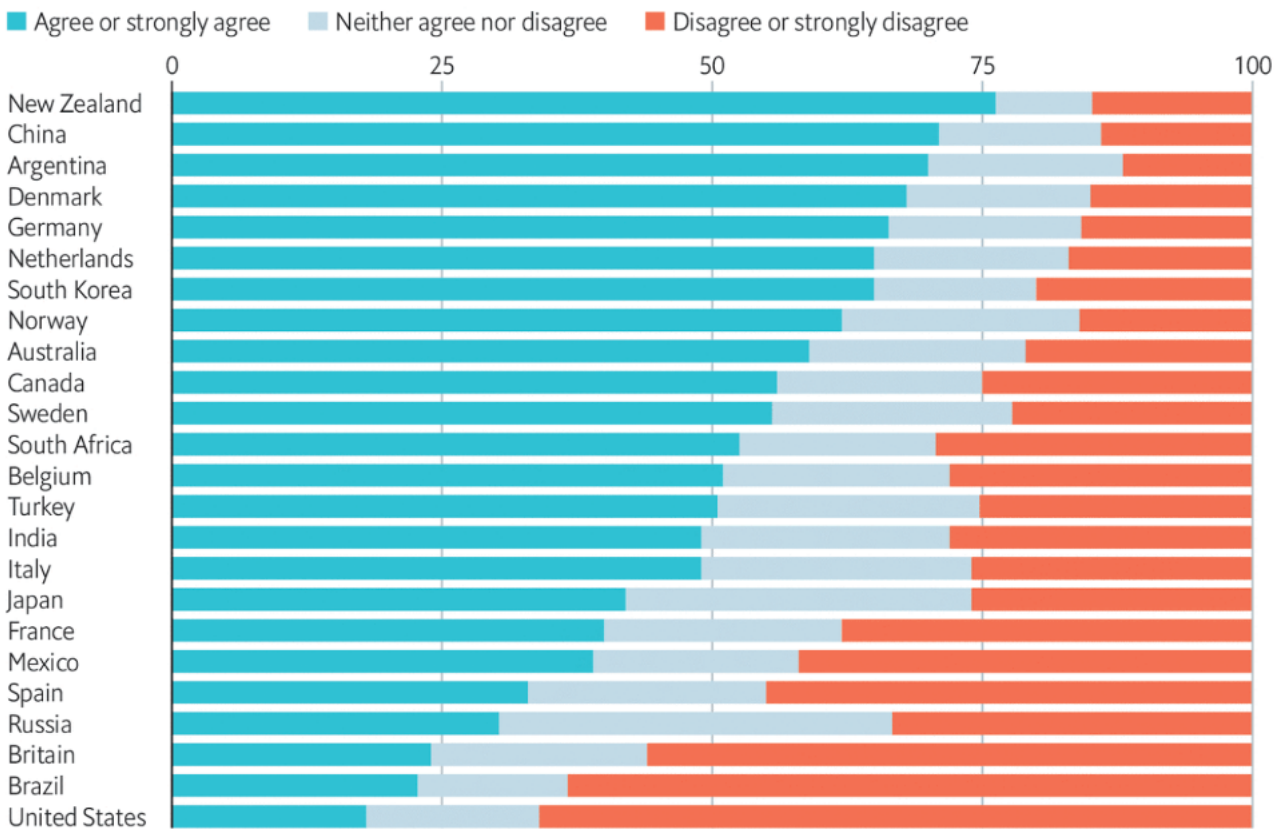
Donner plus de poids aux principes de la CSU dans la riposte à chaque crise et intégrer la préparation aux urgences dans toutes les réformes des systèmes de santé. Certains pays ont obtenu de bons résultats dans la riposte à la pandémie, et les approches de la CSU ont été essentielles, mais beaucoup de pays ont sous-investi dans la préparation.

S'il est trop tôt pour dire avec certitude quels pays et quelles ripostes au COVID-19 ont obtenu les meilleurs résultats et pour quelles raisons, les médias mondiaux et les enquêtes internationales sur les perceptions publiques indiquent un consensus selon lequel certains gouvernements ont mieux répondu que d'autres à la crise. En particulier, certains pays en Asie du Sud-Est et Australasie ont été félicités pour leur approche, et les experts ont assuré que la réponse dans plusieurs pays d'Asie avait été facilitée par l'investissement de leurs autorités dans la préparation depuis leur expérience avec le SARS en 2003, qui a le plus durement touché cette région²⁰. Plusieurs gouvernements et organes régionaux africains ont aussi été salués pour leur riposte au COVID-19 qui se fonde sur les leçons tirées d'épidémies précédentes.

The scientific method?

Policymakers have taken scientific advice into account during covid-19, % responding

Survey of each country's scientists*, May-June 2020



Source: Frontiers in Public Health

*25,307 researchers affiliated with Frontiers, a Swiss publisher of scientific journals

The Economist

Figure 1. Les gouvernements suivent-ils la science sur le COVID-19? ? Source: référence 21

Un facteur qui semble être commun aux pays ayant obtenu de bons résultats jusqu'à présent est la volonté des responsables politiques de tenir compte des conseils scientifiques à base factuelle prodigués par leurs responsables de la santé publique et de prendre des mesures rapides et résolues pour protéger la santé publique. En agissant, ils ont adopté des stratégies cohérentes avec les principes de la CSU, à savoir l'universalité, ne laisser personne de côté et allouer équitablement le soutien et les services conformément aux besoins. Cela tranche nettement avec d'autres dirigeants qui ont minimisé la gravité de la pandémie et ont souvent rejeté l'avis de leurs responsables de la santé publique en donnant la priorité à l'activité économique sur la protection de la santé publique. Un graphique publié dans The Economist en novembre 2020 (figure 1) montre dans quelle mesure en mai-juin 2020 les scientifiques de par le monde estimaient que les décideurs de leur pays avaient tenu compte des conseils scientifiques. Les scores les plus bas ont été donnés par les scientifiques aux pays²¹ qui avaient les nombres cumulés les plus élevés de décès par COVID-19 en novembre 2020²².

Message pour les dirigeants mondiaux et d'autres parties prenantes

Nous exhortons tous les dirigeants mondiaux et d'autres parties prenantes à se rassembler, pour garantir une action cohérente, instaurer un climat de confiance et renforcer la redevabilité en élargissant la participation à la gouvernance de la santé à tous les niveaux.

La société civile a un rôle crucial à jouer pour accélérer les progrès vers la CSU en influençant la définition des programmes, en contribuant à la mise en œuvre des politiques, en assurant le suivi des mesures prises et en demandant des comptes aux gouvernements. Même si la participation aux décisions internationales d'acteurs non étatiques comme les médias, les associations de patients, les organisations de recherche et les commissaires aux comptes s'est accrue et que de nouveaux modèles de gouvernance sont apparus dans lesquels la société civile et d'autres acteurs non étatiques ont formé des groupes, leur participation et leur capacité à demander des comptes aux dirigeants sont encore précaires.

Il convient de transformer le processus de revue nationale volontaire (RNV). Nos résultats montrent que si davantage de pays et de sociétés civiles ont récemment présenté des rapports sur les progrès vers la CSU, il faut redoubler d'efforts pour faire fonctionner correctement le processus de revue des ODD, afin de garantir des informations plus objectives et exactes sur les progrès par rapport à des engagements mesurables en faveur de la CSU.

La participation des OSC est limitée par des normes peu claires et non normalisées d'établissement des rapports et par l'absence de cibles nationales mesurables pour la CSU. Notre enquête a indiqué que beaucoup d'OSC ne connaissaient pas les mécanismes mondiaux de redevabilité et ne savaient pas où et comment elles pouvaient participer à la prise de décision, spécialement au niveau international. Leur participation est aussi contrariée par des contraintes techniques, administratives et financières.

L'amélioration de la participation des OSC n'incombe pas uniquement aux gouvernements et aux institutions mondiales de santé. Elle nécessite aussi des OSC axées sur la santé de devenir plus actives dans les processus de redevabilité comme les RNV et de revendiquer une place dans ces processus.

Sans accès à des plateformes mondiales et faute d'une meilleure compréhension des mécanismes mondiaux de redevabilité par le biais desquels les engagements sont pris et les progrès nationaux sont rapportés, la société civile ne peut surveiller la mise en œuvre des objectifs nationaux et demander efficacement des comptes aux dirigeants pour leurs discours et leurs actions. Les types d'engagements et de mesures prises par les gouvernements devraient être communiqués clairement aux niveaux régional, national et international. Un examen des déclarations politiques prononcées lors de la réunion de haut niveau des Nations Unies sur la CSU et de la Soixante et Onzième Assemblée mondiale de la Santé révèle que près de la moitié manquaient d'un engagement clair¹⁴ à faire avancer la CSU au niveau national.

Certains s'inquiètent aussi que la participation des OSC, du secteur privé et d'autres acteurs à la lutte contre le COVID-19 ait été limitée par le détournement des fonds des plateformes nationales et régionales de plaidoyer au profit de la riposte à la pandémie.

Il faut renforcer la participation multipartite à la redevabilité sociale et politique pour la CSU à tous les niveaux, y compris en rendant les mécanismes, les plateformes, les lois et les réglementations relatives à la gouvernance accessibles à la société civile pour garantir sa participation véritable. Cette participation devrait être institutionnalisée comme une relation reconnue, formelle pour le suivi, la revue et la formulation de recommandations, et pour surveiller les solutions et les mesures s'en suivant. Le processus devrait aussi être démocratisé, ainsi que l'a recommandé dans un récent rapport le Groupe indépendant du Secrétaire général des Nations Unies sur la responsabilité²³, afin qu'à tous les niveaux le leadership politique, les gouvernements et d'autres acteurs écoutent et agissent en fonction des besoins et priorités exprimés des personnes. Les organisations multilatérales et les partenariats multipartites doivent fournir des conseils scientifiques et un soutien institutionnel pour une citoyenneté active et faire le lien entre la science et la politique, afin que les dirigeants prennent les bonnes décisions politiques sur la base de la science et des faits observés²³.

Consultation multipartite en préparation de la réunion de haut niveau des Nations Unies sur la couverture santé universelle

Crédit photo : @CSU2030 - Akihito Watabe



Introduction



Crédit photo : @OMS - Fanjan Combrink



Crédit photo : @OMS - Jim Holmes

Introduction

Le 23 septembre 2019, les dirigeants du monde se sont réunis à l'occasion de l'Assemblée générale des Nations Unies et ont souscrit l'engagement de santé le plus complet de l'histoire en vue de réaliser la couverture santé universelle (CSU) en adoptant une déclaration politique¹¹. Ce faisant, ils ont réaffirmé les promesses qu'ils avaient faites en acceptant les objectifs de développement durable (ODD) qui prévoient d'assurer une vie en bonne santé et le bien-être de tous à tout âge. La déclaration politique représente un tournant dans le mouvement mondial pour la CSU car, en plus de s'engager à mettre en œuvre la CSU d'ici à 2030, les dirigeants ont aussi promis de prendre une vaste série de mesures et d'investir largement dans leur système de santé pour accélérer les progrès et ne laisser personne de côté. L'OMS s'est félicitée de l'accord « qui représente l'ensemble d'engagements le plus complet jamais adopté à ce niveau dans le domaine de la santé »²⁴.

La déclaration politique fait clairement référence à l'accroissement des investissements en faveur des services de santé préventive, notamment des fonctions vitales de santé publique nécessaires pour contenir la propagation des maladies infectieuses. Il est remarquable de noter que bien peu de dirigeants mondiaux ont mentionné les services de santé publique, ou même les soins de santé primaires, dans leurs discours pendant la réunion de haut niveau, en dépit des mises en garde alarmantes à propos la possibilité d'une pandémie dans le rapport du Conseil mondial de suivi de la préparation « Un monde en péril »²⁵, publié à la veille de la réunion sur la CSU.

Moins de quatre mois plus tard, la pandémie de COVID-19, un défi sans précédent pour la santé mondiale et une menace pour la sécurité humaine, commençait à s'étendre. Elle a représenté un test de résistance extrême pour les systèmes de santé dans le monde du point de vue de leur capacité à garantir que l'ensemble de la population reçoivent les services dont elle a besoin pour ce qui est de la promotion de la santé, de la prévention, du traitement, de la réadaptation et des soins palliatifs, sans souffrir de difficultés financières, ce qui est la définition même de la CSU. Malheureusement, le tribut planétaire du COVID-19 et les conséquences sanitaires et économiques de la crise indiquent que le monde a du mal à respecter ses engagements en matière de CSU. La résilience des systèmes dans l'esprit de la CSU signifie être en mesure de protéger les populations vulnérables non pas seulement du COVID-19, mais aussi de ses effets secondaires, et de maintenir les services essentiels pour ceux qui en ont besoin. L'expérience du COVID-19 a fait comprendre que les systèmes de santé de beaucoup de pays n'étaient pas correctement prêts à protéger la santé de leurs populations du COVID-19 ou des risques sanitaires ordinaires. Toutefois, derrière ces chiffres mondiaux, il semblerait, au moins au moment de la préparation du présent rapport en novembre 2020, que certains pays aient obtenu de meilleurs résultats que d'autres dans la lutte contre le COVID-19 et aient pu maintenir leurs progrès vers la CSU, en dépit de la pandémie. Beaucoup d'examins sont en cours pour comprendre les facteurs qui expliquent cette expérience variable et les enseignements qui peuvent être tirés pour guider les politiques à l'avenir afin de renforcer la sécurité sanitaire dans le cadre plus large de la réforme du système de santé en vue d'atteindre la CSU.

Le Partenariat international de santé pour la CSU 2030 (CSU2030) est un mouvement mondial dont le but est de renforcer les systèmes de santé pour la CSU. Il offre une plateforme multipartite pour se réunir, nouer des liens et promouvoir de meilleurs engagements politiques et financiers pour la CSU, un renforcement plus cohérent des systèmes de santé par tous les partenaires pertinents, des approches inclusives et la redevabilité pour les résultats, sur la base d'une vision partagée des systèmes de santé qui protègent tout le monde et la volonté commune de ne laisser personne de côté.

Objet

Le but du présent rapport sur « L'état de l'engagement en faveur de la CSU » est de réunir différentes opinions d'un éventail de parties prenantes sur la situation actuelle et les engagements à progresser vers la CSU d'ici à 2030. Il pose une question simple : les gouvernements prennent-ils des mesures pour tenir leurs engagements en matière de CSU ? L'examen est politique, axé sur les pays et sur l'action et complète donc les rapports mondiaux de suivi de la CSU²⁶ qui sont de nature plus technique et se concentrent sur les indicateurs de la couverture des services et la protection financière.

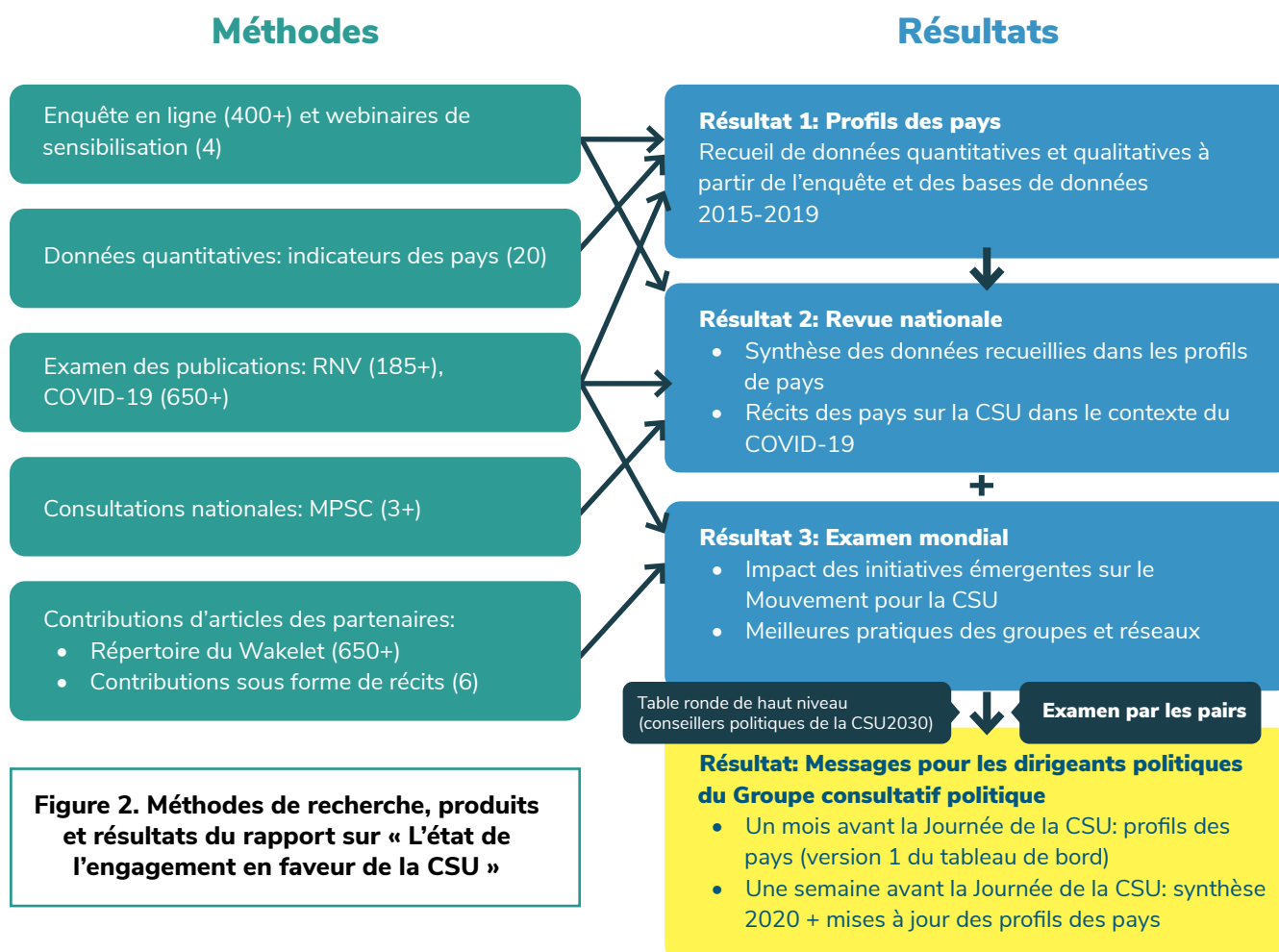
Pour surveiller les progrès vers la CSU et tenir tous les acteurs comptables des mesures nécessaires, il peut être utile de disposer de données nationales sur les dimensions politiques des droits, de la gouvernance et de l'équité qui ne sont pas toujours recueillies par les institutions nationales. Il faut aussi se garder de prendre pour argent comptant les rapports politiques qui décrivent ce qui devrait se produire en fournissant des évaluations empiriques des expériences vécues, spécialement par des personnes vulnérables, dans l'accès aux services de santé.

Reconnaissant que la réforme des systèmes de santé est politique par essence, les profils des pays individuels sont présentés dans ce rapport pour donner aux acteurs nationaux des informations qu'ils pourront utiliser dans des évaluations inclusives et participatives des progrès de la CSU et des engagements au fil du temps. Les profils forment la base qui alimentera les procédures préparatoires nationales ordinaires des sommets régionaux et du forum politique de haut niveau de l'ONU sur le développement durable, par exemple les revues nationales volontaires (RNV). De brèves synthèses des messages politiques clés et des principaux résultats de l'examen multipartite sont aussi données pour contribuer à la réunion de haut niveau des Nations Unies sur la CSU en 2023 et au-delà, y compris le rapport de situation du Secrétaire général de l'ONU.

Cette première synthèse décrit les enjeux et les possibilités de progrès vers la CSU en se demandant comment le monde a fait face jusqu'à présent (novembre 2020) à la pandémie de COVID-19. Puisque la CSU est un choix politique de chaque nation et que sa réalisation dépend des priorités émergentes des dirigeants politiques et des populations, la synthèse a également pour but de contribuer au débat sur la manière dont le monde peut rattraper le terrain perdu et mieux se remettre de la crise.

Méthodes

Le présent rapport sur « L'état de l'engagement en faveur de la CSU » réunit les perspectives des parties prenantes sur les progrès mondiaux et nationaux vers la CSU d'ici à 2030. Il inclut des informations venant de sources universitaires et des médias. Des méthodes mixtes ont été utilisées pour trianguler les données fournies par le système des Nations Unies, les gouvernements et des acteurs non étatiques. La figure 2 décrit l'approche adoptée qui associe une enquête en ligne, une analyse quantitative des données, un examen des rapports des RNV et des sources complémentaires, notamment le répertoire d'un Wakelet²⁷ de plus de 700 articles, une contribution tirée des consultations nationales du Mécanisme de participation de la société civile pour la CSU2030 (MPSC) et des articles sur les groupes de la CSU2030 présentés par ses partenaires.



L'enquête était structurée de façon à produire des informations sur les principales cibles, les engagements et les mesures complémentaires de la déclaration politique de la réunion de haut niveau des Nations Unies sur la CSU. Les participants comptaient des parties intéressées au-delà des experts de santé et des gouvernements, comme des OSC, des membres des milieux intellectuels et universitaires, des parlementaires, des représentants du secteur privé et des médias. Le rapport sera préparé chaque année pour mettre à jour des profils de pays choisis, avec une brève synthèse des principaux messages politiques et des conclusions d'une

enquête multipartite. Ce premier rapport comprend des analyses des données de 2015 jusqu'à présent et d'autres sources d'information, afin d'établir une ligne de référence pour l'état de l'engagement en faveur de la CSU dans les 193 États Membres de l'ONU, quelle que soit la disponibilité de données. Cette première synthèse inclut uniquement un nombre limité de récits des pays qui sont disponibles publiquement ou ont été tirés de l'enquête. Après 2021, le rapport indiquera les progrès. Chaque année, la priorité sera donnée aux pays qui présentent une RNV au forum politique de haut niveau de l'ONU. Cette approche permettra à nos évaluations de soutenir et d'alimenter le dialogue national multipartite sur un examen complet du développement durable, au lieu de créer un autre mécanisme de redevabilité parallèle pour la CSU.

Nous avons recueilli les perspectives des différents acteurs sur la performance des pays dans huit domaines d'engagement de la déclaration politique de 2019 sur la CSU² (figure 3), qui ont été sélectionnés sur la base des « demandes clés » présentées par le Mouvement pour la CSU.



Figure 3. Objectifs clés, engagements et activités dans la déclaration politique sur la CSU

Progrès des pays vers la CSU pendant une urgence sanitaire mondiale



Crédit photo : @OMS - Lisette Poole



Crédit photo : @OMS - Fabeha Monir

Progrès des pays vers la CSU pendant une urgence sanitaire mondiale



Garantir une impulsion politique au-delà de la santé

Message pour les dirigeants politiques nationaux

Donner la priorité à la CSU pour traiter et surmonter la pandémie de COVID-19, calmer l'anxiété et restaurer la confiance.

Recommandations politiques

- Pour s'attaquer au COVID-19 et mieux récupérer, il faut que les gouvernements appliquent une approche multisectorielle vraiment efficace associant les autorités locales, municipales et régionales, et non pas seulement le ministère de la santé.
- Les gouvernements devraient être proactifs plutôt que réactifs et adopter face au COVID-19 des stratégies inclusives qui rassemblent les gens au nom de la solidarité nationale en vue de réaliser un objectif commun.
- Des messages clairs, des données transparentes et des décisions reposant sur une base factuelle sont essentiels pour instaurer un climat de confiance et garantir l'observation des mesures de santé publique vitales. Il est urgent que les gouvernements stoppent la diffusion d'informations erronées et de fausses rumeurs sur le COVID-19 et la sécurité des vaccins.
- Au-delà de leurs réponses immédiates au COVID-19, les gouvernements doivent clairement informer sur leurs progrès et les mesures qu'ils prennent pour réaliser la CSU, notamment en définissant des cibles claires pour élargir la couverture des services et améliorer la protection financière et en les communiquant à tous les acteurs concernés.
- Les gouvernements devraient consolider leurs systèmes de sécurité sanitaire dans le cadre de leurs stratégies de CSU à plus long terme et mieux surmonter la crise en vue d'accélérer les progrès vers la réalisation de tous les ODD.

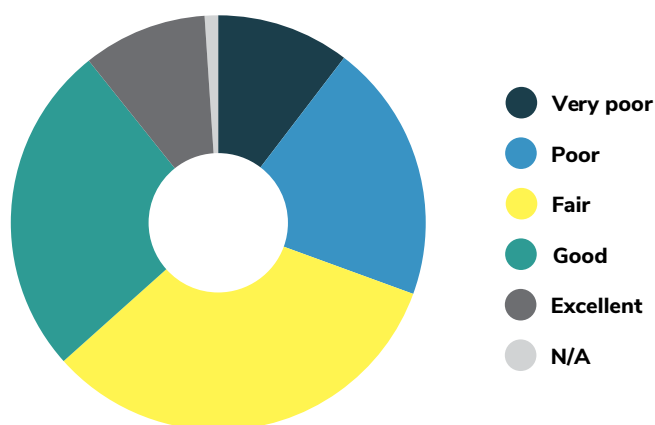
Résultats

- **Dans le monde, les gens à tous les niveaux de revenu ont peur et sont angoissés par la crise du COVID-19**, en particulier concernant ses conséquences possibles sur leur santé et leur bien-être économique. Reconnaisant que la pandémie n'est pas seulement

une crise de santé publique et que ses répercussions dépassent largement le secteur de la santé, ils se tournent vers leurs chefs de gouvernement pour résoudre la crise et alléger leurs craintes. De nombreuses personnes ont eu peur de faire appel aux services de santé pendant la pandémie par crainte de contracter le virus. L'anxiété, le stress et la peur ont été fréquemment cités dans notre enquête. La stigmatisation a constitué un autre obstacle pour l'accès aux services de santé. Notre enquête et les informations dans les médias internationaux indiquent que si l'action de certains dirigeants est jugée positivement, d'autres responsables ont été lents à répondre ou ont même ignoré la pandémie, ce qui a sapé la confiance dans leur action politique.

- **La performance des gouvernements a été variable.** S'agissant de la performance de

leur gouvernement dans la lutte contre les récentes épidémies, les répondants à l'enquête ont exprimé des opinions diverses, la réponse la plus fréquente (33%) étant « moyenne », un nombre à peu près semblable répondant par « bonne » (26%) et « mauvaise » (20%), et 10% pour les réponses les plus extrêmes de « très mauvaise » et « excellente ». Il est intéressant de noter que les réponses étaient assez indépendantes du niveau de revenu, avec une répartition à peu près égale de notes « excellente » et « très mauvaise » pour les pays à revenu élevé et faible. Les commentaires critiques sur la réponse des dirigeants politiques comprenaient des préoccupations sur un manque de préparation, des messages peu clairs ou même confus, la corruption et la faible transparence, la politisation du COVID-19 et le désintérêt pour des services et maladies autres que le COVID-19.



- **L'enquête a indiqué qu'un manque de messages clairs à base factuelle des gouvernements encourage la peur et la méfiance de la population.** Les personnels de santé ont aussi exprimé leur peur du COVID-19 et beaucoup d'agents de santé ont protesté contre leurs conditions de travail et le manque d'équipement de protection individuelle ; certains ont refusé de traiter les patients. Ces situations exacerbent de toute évidence la peur des populations et sapent la confiance dans le système de santé, le gouvernement et les dirigeants politiques.

- **Il y a eu des variations considérables de la mesure dans laquelle les dirigeants politiques ont mis en œuvre des mesures de santé publique pour enrayer la propagation du coronavirus et ont lancé des politiques économiques d'urgence pour protéger les entreprises, les emplois et le niveau de vie de leurs concitoyens.** Une nette variation a aussi été observée dans la rapidité avec laquelle les dirigeants ont pris des mesures, certains étant accusés d'avoir réagi trop lentement et d'autres étant accusés de précipitation pour prendre des mesures draconiennes qui ont créé de graves difficultés pour les populations forcées à se confiner ou à se réinstaller (encadré 1).

- **Au sein des pays, les réponses ont aussi varié largement.** Dans certains pays, où les autorités sous-nationales et locales disposent de pouvoirs considérables, les approches des dirigeants nationaux et sous-nationaux ont nettement divergé, ce qui a alimenté des débats politiques véhéments sur la stratégie qui sert le mieux les intérêts de la population. Les dirigeants politiques font donc l'objet d'une attention considérable et comprennent de plus en plus que, face à l'énormité des enjeux, leur performance dans la lutte contre le COVID-19 peut faire ou défaire leur carrière politique.

Encadré 1. Une communication inclusive et à base factuelle est essentielle pour instaurer un climat de confiance

La direction politique du Gouvernement néozélandais a été très applaudie pendant la crise du COVID-19 à l'intérieur des frontières du pays et au niveau international. En février 2020, quand les premiers cas sont apparus dans le pays, le Gouvernement a suivi l'avis de ses conseillers en santé publique et a frappé vite et fort en décidant d'appliquer une stricte stratégie de confinement précoce pour endiguer la diffusion du virus. Il a aussi adopté une communication inclusive et s'est référé à la population comme à « l'équipe de 5 millions de personnes » tout en diffusant des messages clairs pour expliquer pourquoi les mesures de santé publique étaient nécessaires pour le bien-être à long terme de la population. La stratégie a été largement acceptée et respectée, et il est admis qu'elle représente un facteur majeur de la maîtrise précoce du virus par la Nouvelle-Zélande, avec seulement 35 décès notifiés fin octobre 2020.

Au contraire, la première réaction du Gouvernement fédéral aux États-Unis a été de minimiser l'importance de la menace posée par le COVID-19. La division a été considérée comme une caractéristique de la réponse des États-Unis et la population s'est polarisée sur des questions comme le port du masque. Il est entendu que le manque de respect uniforme des mesures de santé publique et les dissensions de la société ont largement contribué aux difficultés du pays pour maîtriser la transmission du virus.

Sources : références 8-10, 28-30



Ne laisser personne de côté

Message pour les dirigeants politiques nationaux

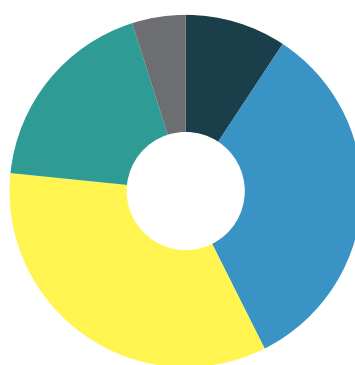
Corriger les inégalités systémiques qui s'élargissent avec le COVID-19 en créant des filets de sécurité financière et sociale plus solides et en donnant la priorité à l'équité à chaque étape.

Recommandations politiques

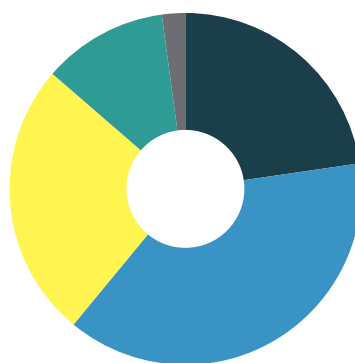
- La CSU est, par définition, universelle : nul ne devrait être laissé de côté dans l'accès aux services de santé essentiels, tout spécialement pendant une pandémie de maladie infectieuse qui nous menace tous. Puisque l'accès aux services de santé doit être déterminé par le besoin et financé conformément à la capacité de payer les soins, il convient d'accorder davantage d'attention à la réalisation de la CSU de manière équitable, en donnant la priorité aux besoins des populations les plus vulnérables.

- Les gouvernements devraient écouter les Nations Unies qui conseillent de suspendre les frais des services de santé pendant la pandémie et de se détourner des régimes d'assurance maladie sélectifs pour garantir un droit universel à des services de santé financés sur les fonds publics¹.

- Nul ne devrait rencontrer d'obstacles financiers, géographiques ou culturels à l'accès aux services essentiels relatifs au COVID-19, notamment le dépistage, le traitement, les soins palliatifs et les vaccins lorsqu'ils seront disponibles. Il faut prendre des mesures spéciales pour garantir l'équité et protéger des personnes les plus vulnérables et à plus fort risque, notamment les agents de santé de première ligne. Comme ces principes s'appliquent aussi à d'autres services de santé essentiels, la mise en place d'un accès universel aux services relatifs au COVID-19 devrait être considérée comme un tremplin pour accélérer les progrès vers la CSU dans le monde.

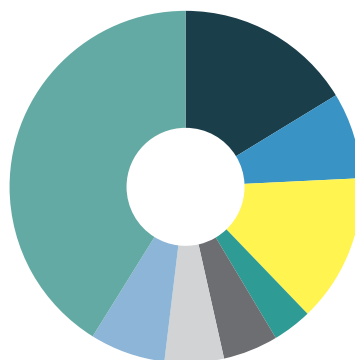


- Very poor access
- Good access
- Poor access
- Fair access
- Excellent access



- No access without financial hardship
- Fair access without financial hardship
- Excellent access without financial hardship
- Some access without financial hardship
- Good access without financial hardship

- Garantir des filets de sécurité adaptés, au-delà des services de santé, pour protéger les moyens d'existence et le bien-être des groupes vulnérables, notamment les pauvres, les personnes âgées, les personnes handicapées, les migrants, les sans-abris et les habitants de communautés isolées.



- Women and girls
- LGBTQ+ individuals
- People living with disabilities
- People living with HIV
- People who use drugs
- Youth
- Migrants
- Other (please specify)

- Les gouvernements et la communauté internationale devraient saisir l'occasion de protéger la santé et le bien-être des plus vulnérables ; nul parmi nous ne sera en sécurité tant que nous ne serons pas tous en sécurité.

Résultats

- **Un tiers des répondants à l'enquête ont affirmé que les personnes avaient un accès insuffisant aux services de santé dans leur pays.** De plus, 10% des répondants ont affirmé que l'accès était très insuffisant. Moins de 25% ont estimé que l'accès aux services était bon ou excellent.
- **Les personnes souffrent de difficultés financières importantes pour avoir accès aux services de santé.** À peine 14% des répondants ont déclaré que l'accès sans difficultés financières était « bon » ou « excellent », la majorité estimant qu'il était « moyen » ou « limité » alors que 23% ont jugé qu'il n'y avait pas d'accès sans difficultés financières.
- **Le COVID-19 a accentué les inégalités.** L'enquête mondiale concorde avec d'autres analyses pour montrer que les plus vulnérables sont touchés le plus durement par les conséquences directes et indirectes du COVID-19. Les répondants ont identifié plusieurs groupes laissés pour compte, à savoir les femmes et les filles, les habitants de zones rurales ou isolées, les pauvres, les personnes souffrant du VIH et de la tuberculose, les personnes affectées par des maladies rares, les individus LGBTQ+, les migrants, les personnes avec des maladies non transmissibles et les personnes handicapées.
- **Même dans les pays à revenu élevé, les groupes vulnérables sont laissés de côté,** notamment les personnes âgées vivant dans des maisons de retraite, les personnes nécessitant des soins palliatifs, les populations migrantes vivant dans des logements insalubres avec une protection insuffisante sur leur lieu de travail et les sans-abris qui passent à travers les mailles des filets de sécurité sociale (encadré 2).

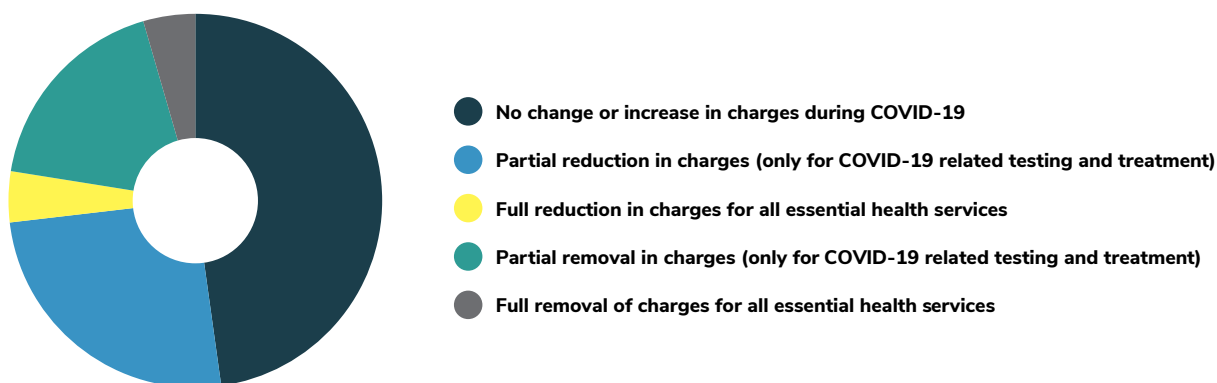
Encadré 2. Les migrants et les réfugiés sont des groupes vulnérables laissés pour compte

Dans le monde, les migrants et les réfugiés se sont révélés particulièrement vulnérables aux conséquences sanitaires et économiques du COVID-19. Cette vulnérabilité est souvent due à des taux supérieurs de transmission du virus dans les populations qui vivent dans des logements surpeuplés, avec peu d'accès aux services de santé et d'assainissement, ce qui limite leur capacité à respecter les mesures de santé publique, notamment le lavage des mains, la distanciation physique et l'isolement si elles développent des symptômes. De plus, en raison de leur situation juridique et professionnelle souvent précaire, les migrants et les réfugiés ont plus de mal à avoir accès aux services de santé (ainsi que noté dans notre enquête), ce qui amoindrit leur capacité à être testés pour le virus et traités correctement. Ces circonstances menacent leur santé et leur bien-être, mais représentent aussi un risque pour la sécurité sanitaire collective en réduisant la capacité des communautés et des gouvernements à endiguer la transmission du virus.

Même dans les pays riches qui ont assez bien réussi à contenir le COVID-19, comme l'Allemagne et Singapour, des flambées ont éclaté dans des communautés migrantes en plus mauvaise santé et avec moins de protection sociale. De vastes populations de travailleurs migrants et leurs familles ont souffert de difficultés économiques considérables et de risques sanitaires accrus, par exemple en raison des mesures de confinement qui ont forcé les travailleurs urbains à regagner leur village rural en Inde.

Sources : références 31–33

- **Les agents de santé de première ligne ne reçoivent pas toujours la protection dont ils ont besoin.** Compte tenu de leur vulnérabilité, ils devraient être protégés en priorité par les gouvernements. Pourtant, des chiffres faisant état de taux de mortalité supérieurs³⁴ et de nombreux récits dans les médias sur l'insuffisance des équipements de protection individuelle pour les personnels soignants ont montré que ce n'était pas le cas.
- **De nombreuses personnes sont laissées de côté dans des pays qui ont recours à des régimes d'assurance maladie sélectifs.** Dans certaines régions, notamment en Asie du Sud, en Amérique latine et dans certains pays d'Afrique et d'Amérique du Nord, les gens doivent être membres d'une assurance maladie liée à leur emploi ou bénéficier d'un plan ciblant les pauvres pour avoir accès aux services de santé. Cela laisse des centaines de millions de personnes sans couverture santé, un nombre qui devrait augmenter avec la hausse du taux de chômage suite à la pandémie.
- **Les pays ne font pas grand-chose pour réduire les obstacles financiers.** Presque la moitié des répondants à l'enquête ont indiqué qu'il n'y avait pas eu de changement ou même une augmentation des frais à la charge des patients pendant la pandémie de COVID-19. Certains pays (par exemple la République islamique d'Iran et la Turquie), ont néanmoins pris des mesures pour supprimer ou réduire les dépenses à la charge des patients afin d'élargir le recours aux services de santé essentiels.



Encadré 3. Certains pays suppriment les frais à la charge des patients pour élargir l'accès aux services

Il est maintenant largement reconnu que les dépenses à la charge des patients dans les services de santé sont le pire moyen de financer un système de santé et sont incompatibles avec la CSU car elles empêchent les pauvres et les personnes vulnérables d'avoir accès aux services. Comme il est particulièrement important que tout le monde puisse disposer des services de santé nécessaires pendant une pandémie, l'OMS a publié une recommandation incitant tous les pays à suspendre les frais de santé à la charge des patients pour **le COVID-19 et d'autres soins de santé essentiels**. Peu de pays qui appliquent des frais ont suivi ce conseil et les donateurs internationaux ne font pas grand-chose pour les aider. Dans une recherche d'Oxfam, à peine huit de 71 projets de santé nationaux sur le COVID-19 de la Banque mondiale incluaient un plan pour supprimer les frais à la charge des patients, alors même que les dépenses de santé à la charge des patients dans 80% des pays dépassent le niveau de sécurité de l'OMS, représentant 20% des dépenses totales de santé. Parmi les pays qui ont supprimé ces frais figurent :

la République islamique d'Iran, qui a annoncé qu'elle étendra la gratuité des services de santé relatifs au COVID-19 à tous les migrants et les réfugiés vivant dans le pays ; et.

la Turquie, qui assure des services gratuits universels pour le COVID-19, y compris aux personnes qui ne sont pas couvertes par le programme national d'assurance maladie et qui distribue gratuitement des masques à sa population.

Source : références 35–37



Réguler et légiférer

Message pour les dirigeants politiques nationaux

Élargir et renforcer la législation et les réglementations sur la CSU, définir des cibles claires et mieux communiquer pour rassembler les personnes.

Recommandations politiques

- Les gouvernements devraient sensibiliser leurs populations aux lois, réglementations et mécanismes de redevabilité en matière de CSU. C'est essentiel pour que les personnes et les électeurs tiennent leurs gouvernements comptables du respect de leurs engagements en faveur de la CSU.

- Les gouvernements doivent s'engager à définir des cibles nationales sur la CSU et les communiquer clairement aux multiples acteurs aux niveaux local, national et mondial. La redevabilité exige une compréhension commune des engagements pris. Rares sont les gouvernements à fournir des cibles claires et mesurables dans leurs RNV ou dans des déclarations politiques mondiales. Les cibles nationales devraient donc être communiquées ouvertement et rendues compréhensibles et accessibles aux populations dans le monde entier.
- Là où les lois et les réglementations sur la CSU font défaut, les parlementaires auront un rôle clé à jouer pour traduire les engagements souscrits à la réunion de haut niveau des Nations Unies sur la CSU et les attentes de l'électorat dans une législation adaptée.
- Les gouvernements devraient institutionnaliser et mandater les mécanismes de redevabilité sociale et politiques et appliquer des plans concrets pour surveiller les conséquences des lois et politiques sur la CSU.
- Lorsqu'ils planifient et appliquent des mesures d'urgence pour combattre le COVID-19, les gouvernements devraient veiller à ce que la législation et les réglementations soient compatibles avec les principes des droits et de l'équité de la CSU.
- Les gouvernements auraient tout intérêt à améliorer la réglementation des prestataires de santé privés et des compagnies d'assurance en particulier, pour protéger les individus vulnérables de l'exploitation.
- La crise du COVID-19 peut donner aux gouvernements une excellente occasion d'adopter une législation pour accélérer les progrès vers la CSU.

Résultats

- **Dans notre enquête, la connaissance des lois, politiques et mécanismes de redevabilité en matière de CSU était limitée parmi les répondants.** C'est préoccupant si les populations veulent tenir leurs gouvernements comptables de la mise en œuvre de la CSU, car quels comptes leur demanderont-elles et par le biais de quels mécanismes ? À la question de savoir s'ils connaissaient une loi ou politique nationale spécifique sur la CSU, seules 35% des personnes interrogées ont répondu « oui » alors que 65% répondaient « non », « ne sait pas » ou esquivaient la question.
- **Au moment de donner des exemples de lois relatives à la CSU, les répondants à l'enquête ont souvent cité les références à la santé dans leur constitution et des lois relativement anciennes, plutôt que la législation récente pour élargir la couverture santé.** Les répondants de tous les niveaux de revenu ont remarqué que, même si les lois et politiques sur la CSU existaient sur le papier, elles n'étaient pas appliquées correctement. Le manque d'information était même plus frappant s'agissant des mécanismes de redevabilité et de suivi de la CSU : à peine 18% des répondants ont affirmé qu'ils connaissaient un tel mécanisme dans leur pays.
- **La connaissance des cibles précises de la CSU était marginalement meilleure :** 30% des répondants ont indiqué qu'ils savaient que leur gouvernement avait fixé des cibles spécifiques et mesurables pour la CSU.

- **En 2020, virtuellement tous les pays ont introduit des mesures de santé publique d'urgence, notamment une nouvelle législation, dans l'intention d'endiguer la propagation du COVID-19 et de protéger ainsi la santé de la population.** Ces mesures comprennent l'interdiction de voyager, le port obligatoire d'un masque sur le visage, la limitation des réunions sociales, la fermeture des lieux de travail et des écoles ainsi que l'obligation pour les personnes testées positives et leurs contacts proches de se placer en isolement. Ces politiques ont été accompagnées de mesures économiques, y compris de législations, pour réduire les difficultés financières associées à la réduction de l'activité économique. En général, on a constaté une bonne observation de ces types de réglementation dans le monde qui, puisqu'ils sont universels et fondés sur les besoins, sont aussi compatibles avec la CSU.
- **Certains pays ont appliqué ou annoncé une nouvelle législation** précisément pour accélérer les progrès vers la CSU (encadré 4).

Encadré 4. Pays ayant accéléré les réformes pendant la pandémie de COVID-19

Le 1er juin 2020, Chypre a lancé la deuxième phase de son régime national d'assurance maladie, ajoutant les services hospitaliers, notamment les prestataires privés, au panier de services financé par l'État. Dans un discours national, le Président a déclaré que la crise du COVID-19 représentait le meilleur moment pour lancer les changements, qu'il a qualifiés de « plus profondes réformes de l'histoire de la République de Chypre ».

Tout au long de la pandémie de COVID-19, le Président sud-africain a montré sa volonté d'accélérer la réforme de l'assurance maladie nationale du Gouvernement. Très rapidement dans la crise, le Gouvernement a adopté une législation qui exige que les prestataires privés passent des contrats avec les acheteurs publics pour élargir l'accès aux services des citoyens auparavant non assurés. Cela représente un « banc d'essai » pour les réformes envisagées dans un projet de loi examiné au Parlement. Si ce partenariat public-privé se révèle réussi, le Gouvernement prévoit de parvenir à une couverture de la population totale avec l'assurance maladie nationale d'ici à 2025.

Sources : références 38, 39

- **La réglementation inadaptée des prestataires privés a été mise en évidence comme un motif de préoccupation dans certains pays,** spécialement pendant la crise du COVID-19, avec des indices montrant que les prestataires privés ont perçu des frais excessifs aux patients nécessitant des soins intensifs (encadré 5).

Encadré 5. Une législation et des réglementations déficientes rendent les soins de santé trop onéreux.

Ces derniers mois, les médias ont rapporté de nombreuses affaires de frais excessifs facturés par les prestataires privés pour les soins relatifs au COVID-19 dans les systèmes de santé dominés par les hôpitaux financés par des fonds privés. C'est particulièrement le cas pour le système hospitalier et d'assurance mal régulé en Inde. Des patients y ont reçu des factures excessives que les compagnies d'assurance ont refusé de payer, ce qui a obligé les assurés à prendre en charge des frais écrasants. Dans plusieurs cas, les différends ont abouti à des batailles juridiques longues et coûteuses. Certains États indiens ont adopté une législation d'urgence pour plafonner les prix hospitaliers pour les services onéreux en lien avec le COVID-19 (par exemple le prix journalier dans les unités de soins intensifs), mais les médias relatent encore que les hôpitaux continuent à pratiquer une surfacturation.

De même, aux États-Unis, des récits ont fréquemment fait état de coûts excessifs demandés aux patients du COVID-19 par le système de santé financé en majorité par des fonds privés. Pendant les premiers stades de la pandémie, les Américains sans assurance se sont parfois retrouvés avec des factures pouvant aller jusqu'à \$US 74 310 s'ils étaient hospitalisés avec le COVID-19 et les personnes assurées qui avaient recours aux prestataires du réseau risquaient encore de devoir payer jusqu'à \$US 38 755, selon leur régime d'assurance. Même si la loi sur la réponse au Coronavirus – Familles d'abord a été adoptée le 18 mars 2020, garantissant un dépistage gratuit quel que soit la situation vis-à-vis de l'assurance, beaucoup de patients font encore face à des frais élevés à leur charge pour les tests en raison des lacunes dans la législation.

Sources : références 40–43



Défendre la qualité des soins

Message pour les dirigeants politiques nationaux

Soutenir les personnels de santé, les protéger et en prendre soin, et innover pour améliorer et maintenir la qualité des services pendant les urgences.

Recommandations politiques

- Accroître les dépenses publiques en faveur d'un éventail de services de santé, depuis les soins préventifs jusqu'aux soins palliatifs, pour maintenir et améliorer la qualité des services, répondre aux exigences supplémentaires créées par la pandémie de COVID-19 et soutenir les services existants. Cela exigera un investissement dans tous les piliers des systèmes de santé sur lesquels repose un système de santé universel et de qualité.
- Investir massivement pour renforcer les ressources humaines de santé, puisqu'elles représentent l'atout le plus précieux pour combattre le COVID-19 et maintenir des services de santé de bonne qualité. Il faudra pour cela recruter et former davantage d'agents de santé, relever leur rémunération et les doter des ressources dont ils ont besoin pour accomplir leur travail vital en toute sécurité.
- Appliquer des mesures spéciales pour élargir l'accès aux médicaments essentiels, en particulier pour les personnes avec des maladies non transmissibles dont la vie est menacée si elles ne reçoivent pas leurs médicaments. Les mesures pourraient comporter la suppression de tous les frais à la charge des patients pour les médicaments essentiels, la délivrance d'ordonnances de longue durée pour approvisionner les patients sur une période plus étendue ou l'introduction de systèmes de prescription numérique.
- Améliorer les communications aussi bien à l'intérieur du système de santé que parmi la population. Cela devrait inclure la publication de recommandations sur le maintien des services de santé essentiels et un accès garanti aux services de santé essentiels de qualité à tous.
- Renforcer la redevabilité et s'attaquer à la corruption. L'engagement des citoyens est essentiel pour garantir une allocation efficace et équitable des ressources et veiller à ce que les fonds soient dépensés judicieusement. Il faut à cet effet compter sur la participation des acteurs sociaux et permettre aux citoyens de demander des informations dans le cadre de la liberté d'information et de notifier les irrégularités dans l'achat de traitements pour le COVID-19. Encourager des rapports ouverts et transparents sur les fonds publics alloués pour les fournisseurs de soins de santé, les contrats et les achats d'urgence, et veiller à ce que les données sur les soins de santé soient présentées sous des formes qui permettent l'analyse, la comparaison et la réutilisation.

Résultats

- **Dans la plupart des pays, le COVID-19 a exposé la fragilité des systèmes de santé et d'autres secteurs.** La capacité de base était déjà faible dans beaucoup de pays, avec des services en sous-effectifs, de piètres infrastructures et un manque de produits sanitaires. Beaucoup de répondants à l'enquête ont affirmé que les systèmes de santé mal gérés et sous-financés connaissaient déjà des difficultés avant la pandémie.
- **L'accès aux services de santé et aux médicaments a été nettement entravé dans presque tous les pays.** Les restrictions des déplacements (par exemple le confinement, la fermeture des frontières) ont été les motifs les plus fréquemment cités de difficultés pour accéder aux services de soins de santé. Par exemple, beaucoup de répondants à l'enquête ont mentionné la fermeture des services de santé ambulatoires, le report des

interventions chirurgicales et des rendez-vous médicaux ainsi que l'incapacité à obtenir des médicaments pour différentes raisons (par exemple des interruptions de la chaîne d'approvisionnement).

- **Les agents de santé de première ligne n'ont pas été suffisamment soutenus, ce qui influe de manière négative sur la qualité des services.** Dans presque tous les pays, la pandémie de COVID-19 a fait peser sur les personnels soignants de première ligne de formidables pressions et exposé les manques dans leurs effectifs, leur répartition inopérante et inégale, leurs niveaux de rémunération et les ressources insuffisantes dont ils disposent pour assurer des services de qualité, y compris l'incapacité majeure à fournir un équipement de protection individuelle adapté.

Encadré 6. Le sous-investissement dans les ressources humaines compromet la qualité des services.

Le Malawi a toujours prodigué des soins de santé universels gratuitement à sa population. Ces services sont néanmoins mis à rude épreuve en raison des faibles niveaux de financement public et maintenant par la pression du COVID-19, des facteurs qui compromettent clairement la qualité des services.

Pendant la pandémie, les services de santé d'importance vitale ont été interrompus dans la plupart des régions du pays, la charge tendant à retomber sur des agents de santé de première ligne qui manquent de ressources. Au début de la pandémie, les soignants n'ont pas reçu les paiements convenus pour le risque et les heures supplémentaires et manquaient d'équipement de protection individuelle capital pour leur permettre de travailler en toute sécurité. Ils ont donc fait grève, ce qui a encore réduit la disponibilité et la qualité des services de première ligne. Le personnel s'est plaint que des services de santé maternelle et infantile de première importance avaient été compromis par le prélèvement de fonds destinés à financer les services relatifs au COVID-19. Le bouleversement de ces services mine les droits sexuels et génésiques et met en lumière la nécessité d'une stratégie nationale de la CSU résistante à la crise dans le pays.

Ces difficultés ne sont pas particulières au Malawi et ont été observées dans des pays à tous les niveaux de revenu, notamment la France, le Nigéria et le Pérou.

Sources : références 44-47

- **Une médiocre communication a créé la confusion et limité l'accès aux services.** Les répondants à l'enquête ont noté qu'il n'était pas rare que les communautés ne soient pas informées des interruptions des services en lien avec le COVID-19 ou qu'elles ignoraient où elles pouvaient avoir accès aux services. La mauvaise communication a aussi alimenté la diffusion d'informations erronées sur le COVID-19. Les répondants ont indiqué : « Les gens sont perplexes. » (Burundi) ; « Les personnes ne savent pas, quand l'hôpital est fermé, où elles peuvent faire un examen de santé en toute sécurité, ou avoir accès au service de

santé dont elles ont besoin » (Viet Nam) ; et « Les gens dans mon pays ne croient pas à la pandémie. Ils disent que c'est une fausse nouvelle. Ils mènent leur vie normale. Rien n'a changé et c'est comme d'habitude. » (Nigéria).

- **Les répondants à l'enquête avaient des définitions différentes de services de santé de bonne qualité et des indicateurs à utiliser pour les surveiller.** La mayor parte se refirió a los factores que integran los pilares propuestos por la OMS. La plupart ont fait allusion aux facteurs dans les piliers des systèmes de santé de l'OMS, à savoir : les ressources humaines, la disponibilité de médicaments, les infrastructures, l'équipement, l'accès géographique aux services, les divisions entre zones rurales et urbaines, les longs délais d'attente, l'accès aux soins subordonné à la capacité de les payer et la gouvernance des systèmes de santé, y compris la corruption (encadré 7). Une qualité plus faible a été

Encadré 7. La corruption mine la prestation de soins de santé de qualité

Quand la corruption détourne le financement public limité, il est inévitable que la qualité en souffre. Ces conséquences se manifestent par des infrastructures délabrées, un nombre insuffisant d'agents de santé, une pénurie de médicaments et des paiements occultes rendant les soins inabordable pour certains.

Depuis 1988, le Brésil dispose d'un système de santé universel, financé par les fonds publics, qui garantit l'accès gratuit à tous les niveaux des services de santé, depuis les soins primaires jusqu'aux traitements spécialisés. D'après l'un des répondants à l'enquête, « même si les services de santé publique ne sont pas toujours de bonne qualité, leur vaste couverture permet à la plupart des Brésiliens de satisfaire leurs besoins essentiels et d'avoir accès aux traitements plus complexes. » Leur performance est néanmoins minée depuis des années par la corruption, qui s'est poursuivie pendant la pandémie de COVID-19, avec des témoignages de violation du droit des personnes à la gratuité d'accès. Le baromètre mondial 2019 de Transparency International a révélé que 5% des personnes interrogées payaient des pots-de-vin pour utiliser les services de santé des hôpitaux et centres de santé. Près de 1500 procédures pénales ont été ouvertes pour des cas de corruption relative au coronavirus, élaboussant tous les niveaux de gouvernement. Elles incluent des enquêtes sur des usages frauduleux de fonds fédéraux, des surfacturations et le blanchiment de capitaux.

Les enquêteurs dans l'État plurinational de Bolivie, en Colombie, en Équateur et au Pérou ont aussi affirmé que les fonctionnaires avaient bénéficié de systèmes de pots-de-vin. Bien que des mécanismes officiels existent pour lutter contre la corruption (par exemple des comités aux niveaux fédéral, des États et des municipalités et, au Brésil, un médiateur), ils n'ont pas de supervision sociale ouverte à la population de façon à ce que les citoyens puissent dénoncer ces pratiques et contribuer à un meilleur système de santé

rapportée par les utilisateurs réguliers des services de santé, notamment les malades atteints de tuberculose, les patients du VIH, les utilisateurs de services de santé et droits sexuels et génésiques et de planification familiale, et les patients qui présentent des maladies chroniques et rares.

- **Si la crise a créé beaucoup de difficultés, elle a aussi offert des occasions d'innover et d'améliorer la prestation des soins de santé.** C'est manifeste dans le déploiement rapide des services de télésanté et télémedecine pour maintenir et même élargir l'accès aux services vitaux, en particulier pour les personnes vivant dans des zones écartées ou qui s'isolent pour éviter l'infection (encadré 8).
- Les pays luttent pour avoir accès aux équipements et produits sur les marchés internationaux, mais la crise les a aussi encouragés à investir dans la fabrication locale de fournitures de santé. Par exemple, le Kenya relève la production d'équipements de protection individuelle⁵⁰.

Encadré 8. L'innovation en réponse au COVID-19 améliore la qualité

Le Gouvernement australien n'a pas tardé à utiliser les soins de santé virtuels pour répondre au COVID-19. Le 10 juillet 2020, le Ministre fédéral de la santé a annoncé plusieurs services temporaires de Medicare pour garantir que les praticiens de santé puissent assurer des services de télésanté par téléphone ou vidéoconférence. L'objectif était de protéger les professionnels de santé, leurs collaborateurs et les patients des risques inutiles d'infection tout en maintenant le fonctionnement habituel des services dans le nouvel environnement à distance.

Le pays a aussi rapidement adopté et changé la législation pour autoriser le personnel médical à créer temporairement une image numérique de l'ordonnance d'un patient afin de lui garantir l'approvisionnement de ses médicaments. Dans le cadre de ces dispositions temporaires, l'agent de santé transforme une ordonnance imprimée en « ordonnance basée sur une image » qui peut être envoyée à sa pharmacie. Le Gouvernement travaille désormais avec les prestataires sur des logiciels cliniques qui seront introduits début 2021 pour traiter les ordonnances totalement numériques.

Le système de santé australien a aussi introduit des innovations locales majeures pour soutenir et améliorer la qualité. À Victoria, l'État enregistrant la flambée épidémique la plus forte, Monash Health et Alfred Hospital, en partenariat avec l'université Deakin, testent l'utilisation de l'intelligence artificielle pour trier les patients, avec un suivi constant par le biais d'une application. À Sydney, le Royal Prince Alfred Hospital a ouvert le premier service virtuel d'Australie. Il est cependant trop tôt pour déterminer si ces innovations se traduiront en changements systémiques au niveau national ou des États.

Sources : références 51, 52



Investir plus, investir mieux

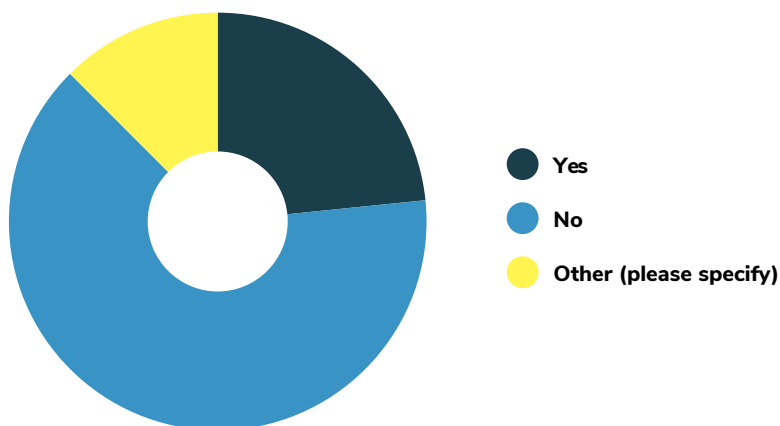
Message pour les dirigeants politiques nationaux

Investir dans la santé publique et les soins de santé primaires comme effort conjoint des ministres de la santé et des finances ainsi que des autorités locales pour garantir la continuité des services de santé essentiels et assurer une défense de première ligne contre les épidémies.

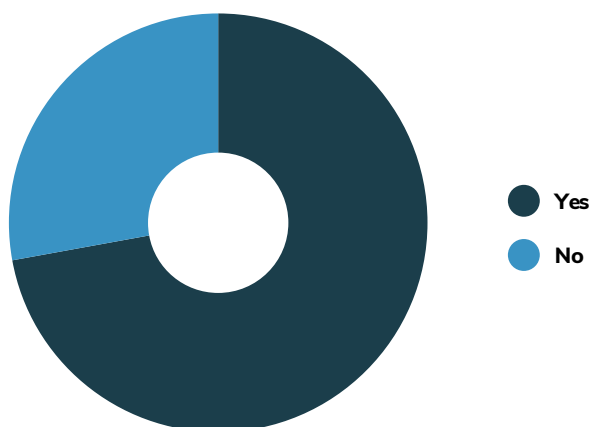
Recommandations politiques

- Au milieu de la pire crise sanitaire que le monde ait connue depuis plus d'un siècle, les gouvernements devraient répondre aux besoins exprimés de leur population et investir massivement dans la santé. En particulier, puisque les gens ont peur pour leur santé et celle de leurs proches et craignent les difficultés financières potentielles associées avec la pandémie, c'est l'occasion idéale d'accroître les dépenses publiques pour accélérer la réforme du système de santé afin d'élargir l'accès aux services de santé vitaux et réduire la charge financière pesant sur les ménages.

- Accroître les dépenses publiques ne sera néanmoins pas suffisant. Il faut mieux dépenser aussi bien les ressources supplémentaires qu'actuelles. Cela sera facilité par les réformes du système de santé pour la CSU qui donnent la priorité aux dépenses pour des soins de santé primaires d'un bon rapport coût-efficacité, y compris les services communautaires.



- Un financement public accru devrait être alloué aux services de santé publique collectifs (notamment pour la préparation aux pandémies) afin de s'assurer qu'ils sont bien intégrés dans la réforme de l'ensemble du système de santé. Pendant trop longtemps, le renforcement des systèmes de santé a consisté presque exclusivement en services pour les particuliers (avec les centres de santé et les hôpitaux). Il est temps de changer : les fonctions de santé publique doivent avoir plus de place et obtenir davantage de fonds publics.



- Les gouvernements auraient tout intérêt à s'employer plus énergiquement à réduire l'inefficacité des systèmes de santé et, spécialement, s'attaquer à la corruption dans les dépenses de santé publique. Les scandales de corruption pendant la crise du COVID-19 attirent une large couverture médiatique défavorable et minent gravement la crédibilité de la volonté de certains gouvernements de s'attaquer à la pandémie et de réaliser la CSU.

Résultats

- **À la question « Votre gouvernement dépense-t-il suffisamment pour les services de santé et ce montant augmente-t-il ? » près des deux tiers (64%) des répondants à notre enquête ont opté pour « non » contre à peine 24% « oui » .** Les réponses indiquaient que les gouvernements ne parviennent pas à respecter les niveaux de financement public qu'ils avaient eux-mêmes fixés publiquement, ce qui dénote une claire violation de leurs engagements en faveur de la CSU.
- **Les personnes doivent payer les soins de santé de leur poche.** Du fait du sous-investissement des gouvernements dans la santé, près des trois quarts des répondants à l'enquête ont indiqué que les patients devaient payer directement pour les services de santé dans leur pays.
- **Certains gouvernements ont augmenté leur budget de santé publique, mais d'autres les ont réduits.** S'il y a eu peu de recherches sur les modifications des dépenses de santé publique en 2020, les médias ont rendu compte de la hausse des allocations budgétaires à la santé en réponse à la pandémie (encadré 9).

Encadré 9. Profiter du COVID-19 pour donner la priorité aux dépenses de santé

L'Irlande a accru son budget de santé de 12% pendant l'exercice financier actuel en réponse au COVID-19 et, en octobre 2020, a annoncé que le budget de l'an prochain serait majoré de 24%, soit la plus forte augmentation de l'histoire du pays. En plus d'un financement d'urgence pour lutter contre la pandémie, les ressources seront utilisées pour accélérer la stratégie de CSU du pays (Sláintecare), avec d'importantes hausses du financement pour les services de santé mentale et de promotion de la santé.

Le Maroc a relevé substantiellement ses dépenses de santé publique en réponse à la pandémie de COVID-19 et a alloué près du tiers d'un fonds spécial de \$US 1,1 million pour le COVID-19 créé en mars 2020, soit une augmentation de 19% du budget annuel de santé. De surcroît, le Gouvernement a annoncé que le budget national de santé de l'an prochain augmenterait de 11%, précisément pour progresser dans l'accès aux services de santé, y compris dans la couverture de 22 millions de personnes supplémentaires par une assurance maladie obligatoire d'ici à la fin de 2022.

Sources : références 53–56

- **À la question de savoir où les gouvernements devraient dépenser davantage, les répondants à l'enquête ont cité un vaste éventail de services**, notamment les centres de santé, les personnels soignants, les médicaments, les soins de santé primaires (en particulier la prévention), la promotion de la santé, l'éducation sanitaire et les services communautaires.
- **À peine quelques répondants ont mentionné les dépenses publiques pour le secteur privé et pour les services des niveaux secondaire et tertiaire, indiquant une préférence pour les soins de santé primaires plutôt que les services hospitaliers.** Certains ont souhaité des réponses locales au COVID-19 et un investissement pour renforcer la capacité communautaire à répondre aux flambées de maladies infectieuses.
- **Il est intéressant que noter que rares sont les répondants à avoir cité spécifiquement l'investissement dans des fonctions de santé publique vitales pour maîtriser les maladies infectieuses**, même si certaines références à la « prévention » peuvent avoir inclus cet aspect. La réponse globale semble suggérer que les personnes (et donc les électeurs) préfèrent des dépenses gouvernementales accrues en faveur de services de santé visibles qu'eux et leur famille utilisent en tant que particuliers plutôt que pour des services collectifs d'importance vitale de santé publique qui bénéficient à tous.
- **Un certain nombre de répondants ont mentionné l'amélioration de l'utilité des dépenses de santé publique et l'importance cruciale de l'éradication de la corruption, qui mine directement les réformes de la CSU.** La corruption dans les dépenses de santé publique a été signalée comme problème de taille en Afrique du Sud, au Brésil, au Kenya, au Mozambique et en République-Unie de Tanzanie.



Avancer ensemble

Message pour les dirigeants politiques nationaux

Nouer des partenariats grâce à une véritable participation de la société civile.

Recommandations politiques

- Les examens de la CSU devraient associer de multiples acteurs. Les individus, les communautés, les OSC et le secteur privé devraient avoir des occasions formelles de contribuer aux décisions sur la santé.
- Le rôle de la société civile pour faire avancer le programme de la CSU et promouvoir des mesures sanitaires, sociales et politiques efficaces pendant la pandémie de COVID-19 ne devrait pas être sous-estimé. La société civile fait office de passerelle, elle facilite les liens entre les gouvernements et le public et agit comme protection de l'espace civil contre des interventions étatiques répressives.
- La société civile devrait être incluse dans la redevabilité pour la CSU. Il est temps de démocratiser la redevabilité comme processus qui fait grand cas de l'expérience vécue des personnes et y répond.

- Des OSC représentant chaque secteur de la population, notamment les groupes minoritaires et ceux qui souffrent de discrimination en raison de leur genre, leur groupe ethnique, leur âge, leur orientation sexuelle, leurs croyances religieuses ou leur situation socio-économique, devraient être incluses dans la participation sociale pour faire progresser la CSU et s'attaquer au COVID-19. Leur participation devrait bénéficier de ressources suffisantes et se dérouler de manière cohérente et mesurable et ne saurait être considérée comme une simple obligation théorique.
- Les gouvernements devraient travailler avec les OSC et les parties prenantes de tous les secteurs et renforcer leur relation avec eux, puisqu'elles peuvent être des acteurs déterminants pour atteindre les populations pendant une crise sanitaire.
- Il convient de formaliser des processus transparents et participatifs pour prendre des décisions qui concernent les communautés. Les OSC devraient participer aux débats sur les principales questions et à la définition des priorités. Le secteur privé devrait être sensibilisé aux besoins et aux problèmes qui touchent les communautés

Résultats

- **Près de 40% des répondants à l'enquête considéraient que les personnes, les communautés, les organisations et le secteur privé de leur pays avaient des possibilités formelles de contribuer à la prise de décision sur les politiques sanitaires,** alors que près de 30% estimaient que ce n'était pas le cas ; 7% des répondants ont indiqué qu'ils ne savaient pas et 15% ont passé la question. Les OSC professionnelles et les organisations internationales ont plus de probabilités d'être invitées à contribuer à la définition des politiques.
- **Les organisations du secteur privé influencent sensiblement les politiques de santé et participent à la prestation des services de santé,** spécialement pendant le COVID-19, alors que les organisations qui représentent les populations les plus touchées par les politiques sanitaires ont moins de possibilités de les influencer.
- **Près de 10% des répondants, la plupart originaires de pays à revenu faible ou intermédiaire, ont fait état d'une participation multipartite faible ou nulle à la planification de la santé.** En outre, 9% d'autres ont indiqué que la participation communautaire était déficiente. D'autres ont noté que, lorsque des consultations sont menées avec la société civile, elles n'aboutissent pas nécessairement à la mise en œuvre de politiques spécifiques.
- **Très peu de RNV incluent la participation de la société civile ou du secteur privé.** Les « rapports parallèles » des RNV donnent une occasion à la société civile de participer à la surveillance de la CSU ; néanmoins, seuls quelques rapports ont été soumis : 6 sur les 47 (13%) pays à avoir réalisé une RNV en 2020 et 2019.
- **Les pays avec une société civile dynamique ont plus de chances d'interagir avec les législateurs et les décideurs en matière de santé.** Mais même dans les pays avec une solide participation des acteurs non gouvernementaux, on observe des lacunes de la redevabilité dans le secteur de la santé.

- **Les OSC ont souvent l'impression qu'elles parlent dans le vide et qu'elles ne sont consultées que pour respecter une obligation ou une formalité.** Il arrive souvent que les conseils et les demandes des OSC ne soient pas pris en considération dans les décisions politiques de haut niveau. Quelquefois, seuls certains acteurs non gouvernementaux sont consultés sur la définition des politiques (encadré 10). Notre recherche confirme que les

Encadré 10. Participation limitée des OSC à la lutte contre le COVID-19

Des informations provenant de nombreuses sources montrent que les OSC et les communautés n'ont pas pris part aux ripostes de leur gouvernement au COVID-19, avec le risque que les plans nationaux de réponse ne tiennent pas suffisamment compte des conséquences disproportionnées de la pandémie.

Par exemple, en France, le Gouvernement n'a pas sollicité les OSC, en dépit d'une longue tradition de représentation de la société civile dans les institutions nationales et régionales de santé. Les associations de patients n'ont pas été invitées à siéger dans l'un des deux comités d'experts officiels du conseil scientifique COVID-19 du pays et n'ont pas été consultées sur les conditions pour imposer ou lever le confinement. Et cela, alors même que les associations ont proposé leurs services pour améliorer la communication et surmonter la méfiance du public face aux décisions gouvernementales.

Sources : références 18, 57

voix des personnes et des organisations communautaires ne sont pas toujours entendues dans la prise de décision et la définition des politiques pour la CSU et la riposte au COVID-19, et que, si les préoccupations sont transmises par les populations, les décideurs en tiennent compte uniquement dans une faible mesure ou pas du tout.

- **Il est fréquent que les services de santé assurés par le secteur privé ne parviennent pas à atteindre les couches les plus pauvres de la société.** Les répondants à l'enquête ont régulièrement noté que les budgets du secteur de la santé publique devraient augmenter pour que tous, y compris les pauvres, reçoivent des services de santé.
- **Une réponse équitable au COVID-19 exige que la société civile maintienne son rôle et se fasse l'écho des communautés qui courent le plus de risque d'être laissées de côté dans la réponse d'urgence publique.** La crise complique la réponse de la société civile, puisque la fermeture de l'espace civique, les limitations des déplacements et les politiques de plus en plus autoritaires dans beaucoup de pays rendent le plaidoyer et la redevabilité extrêmement difficiles⁵⁸.
- **Les OSC et les organisations bénévoles sont montées en première ligne pendant la pandémie de COVID-19 et elles couvrent beaucoup de besoins communautaires essentiels, comme la distribution de vivres, d'eau et de produits sanitaires.** Elles ont aussi alerté les gouvernements sur les risques accrus de certaines populations, comme la multiplication des actes de violence sexiste et de problèmes de santé mentale (voir encadrés 11 et 12).

- **Quand les OSC jouissent d'un statut reconnu et soutenu par d'autres acteurs (gouvernements nationaux, institutions internationales), elles peuvent faire office de passerelle entre les gouvernements et la population.** Elles font entendre la voix des plus vulnérables et sont à l'écoute des préoccupations de la société.

Encadré 11. Participation de la société civile à la définition des politiques de santé

En Argentine, les OSC et d'autres acteurs, comme les associations médicales, pèsent dans les débats sur l'établissement d'un système de santé plus équitable et universel. Les représentants de la société civile de toutes les régions du pays ont rencontré des responsables gouvernementaux en 2019 pour discuter de stratégies pour la prochaine réunion de haut niveau des Nations Unies sur la CSU et pour présenter au Gouvernement des demandes d'engagements concrets et mesurables en faveur de la CSU, afin d'identifier les difficultés et les réussites dans la mise en œuvre de la CSU et plaider en faveur de la participation de la société civile à la réforme de la CSU.

Pendant la pandémie, les OSC ont continué d'encourager l'inclusion dans la prise de décision ainsi que la protection et la réalisation des droits des groupes les plus vulnérables et défavorisés, comme ceux qui travaillent dans l'économie informelle. Elles ont aussi collaboré étroitement avec les responsables communautaires, en leur fournissant des informations sur les mesures de prévention contre le COVID-19 et d'autres maladies, des renseignements juridiques relatifs au confinement obligatoire, des conseils sur la violence institutionnelle ou sexiste et les mesures de sécurité dans les lieux publics.

Sources : références 59–65

Encadré 12. Collaboration efficace entre les gouvernements et les OSC

La collaboration entre le Gouvernement et les OSC a été efficace à Fidji, avec une réponse rapide et complète. Le Ministère fidjien de la gestion des catastrophes a explicitement demandé l'aide de la société civile dans la riposte du pays au COVID-19. Le Conseil fidjien des services sociaux et son homologue sous-national, le Conseil de district des services sociaux, sont actifs dans le système national de gestion des catastrophes. Le Gouvernement a aussi demandé aux partenaires du développement communautaire (Partners in Community Development Fiji) d'épauler la réponse et leurs collaborateurs travaillent avec le bureau représentant le Gouvernement et lui rendent compte quotidiennement. L'Alliance des OSC pour la réponse humanitaire au COVID-19 (un partenariat entre différentes organisations caritatives fidjiennes) a prodigué des secours humanitaires aux familles et aux communautés dans l'ensemble du pays et a mis en place un centre pour distribuer des rations alimentaires et des semences, faciliter la formation et assurer des services de consultation et de services juridiques aux personnes touchées par le COVID-19.

Sources : références 66–73



Égalité entre les hommes et les femmes

Message pour les dirigeants politiques nationaux

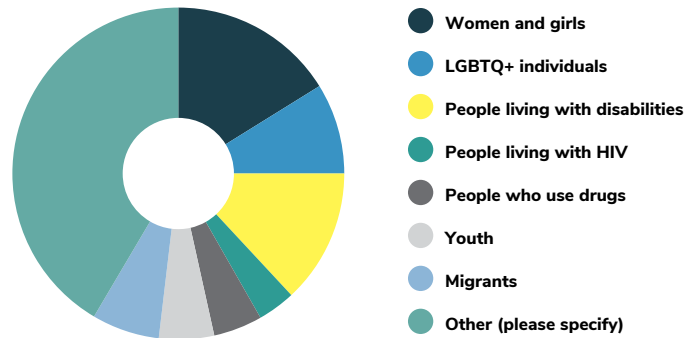
Autonomiser les femmes qui se révèlent des dirigeantes extrêmement efficaces dans les urgences sanitaires.

Recommandations politiques

- L'égalité de représentation entre hommes et femmes et l'inclusion d'experts sur le genre devraient être garanties dans les comités de santé nationaux pour les réponses au COVID-19.
- Le genre devrait être pris en compte dans les activités de préparation, de réponse et de secours pour garantir une approche équitable et inclusive des urgences sanitaires.
- Il serait utile que les autorités nationales recueillent et publient des données intersectionnelles et ventilées par sexe pour guider les activités de préparation, de réponse et de secours.
- Il y a lieu d'améliorer les connaissances publiques des obstacles à l'accès aux services de santé en raison du genre ou de l'orientation ou identité sexuelle.
- Les services de santé sexuelle et génésique, y compris la planification familiale (par exemple l'accès aux contraceptifs et à l'avortement) sont des services essentiels qui ne sauraient être interrompus par les restrictions dues au COVID-19.

Hallazgos

- **Les femmes et les filles ont encore des difficultés pour avoir accès aux services de santé.** À la question de savoir quel groupe risque d'avoir du mal à accéder aux services de santé, la réponse la plus fréquente a été « les femmes et les filles »^a, 15,6% des répondants choisissant cette option.



- **Les femmes et les filles sont touchées de manière disproportionnée par les obstacles à l'accès et à l'utilisation des services de santé.** Les répondants à l'enquête ont mis en évidence les obstacles structurels auxquels les femmes et les filles se heurtent, notamment les difficultés financières, le manque de transport (surtout si elles vivent dans les zones rurales) et le manque de temps en raison des soins qu'elles doivent donner ou de leur travail non rémunéré. Nos résultats indiquent que beaucoup reste à faire pour communiquer l'importance du genre comme obstacle à l'accès. L'existence de services sexuels et génésiques spécialisés pour les femmes (souvent prodigués gratuitement dans les pays sans CSU) donne l'impression que les femmes et les filles reçoivent un traitement plus favorable. C'est faux et cette situation ne reflète pas les écueils structurels de taille que rencontrent les femmes et les filles dans le monde pour obtenir des soins de santé (encadré 13).

Encadré 13. Perturbation des services de santé sexuelle et génésique pendant le COVID-19

Beaucoup de répondants à notre enquête ont décrit les bouleversements des services de santé sexuelle et génésique pendant la pandémie. Un participant au Kenya a expliqué les structures de pouvoir qui empêchent les femmes et les filles d'avoir accès aux services de santé :

[...] elle a souvent besoin de demander la permission d'un homme de la famille pour aller au dispensaire et payer les services. De plus, comme c'est elle qui s'occupe de la maison et de la famille, c'est compliqué pour une femme de partir sans planifier son départ à l'avance. Il est difficile d'avoir accès à des services comme la planification familiale pour les filles âgées de moins de 18 ans qui nécessitent une autorisation.

En plus des obstacles sociaux tels que ceux décrits ci-dessus, les pays n'ont pas pris en considération les besoins sexuels et génésiques des femmes lors de leur riposte à la pandémie, ce qui a limité gravement l'accès aux services. C'est particulièrement néfaste dans des pays où l'avortement est illégal. D'autres pays ont délibérément fermé les centres d'avortement en les classant comme non essentiels, une décision de nature plus idéologique que scientifique. Le manque d'accès aux services d'avortement ne fait pas cesser les avortements, il les rend seulement dangereux et potentiellement mortels pour la mère. Dans de précédentes urgences sanitaires, les besoins non satisfaits de santé sexuelle et génésique ont majoré le taux de mortalité maternelle de 70%.

Sources : références 74–78

^a Les options de réponse étaient les suivantes : femmes et filles (15,6%, n=64), personnes handicapées (13%, n=53), personnes LGBTQ+ (8,1%, n=33), migrants (6,6%, n=27), jeunes (5,1%, n=21), consommateurs de drogues (4,9%, n=20), personnes vivant avec le VIH (3,4%, n=14), autres (prière de préciser) (39,9%, n=163), pas de réponse (3,4%, n=14).

- **Les systèmes de santé devraient être intersectionnels et sensibles aux différences de genre.** Le genre n'est pas binaire et tous les hommes ou toutes les femmes ne connaissent pas les mêmes problèmes. Beaucoup de répondants à l'enquête ont mentionné les difficultés financières comme un obstacle pour avoir accès aux services de santé ; d'autres ont soulevé la question de la discrimination contre la communauté LGBTQ+ dans le système de santé. Pendant la pandémie, spécialement en conjonction avec les manifestations du mouvement Black lives matter pendant l'été 2020, les souffrances démesurées des communautés ethniques noires, asiatiques et minoritaires ont pris une place croissante dans l'ordre du jour politique. L'âge s'est révélé un indicateur important de la gravité des symptômes de COVID-19. Cette diversité devrait se traduire dans une approche des systèmes de santé véritablement intersectionnelle et sensibles aux différences de genre, qui inclut tous les individus, sans distinction de genre, de race, d'identité sexuelle, de statut socio-économique et de situation géographique, reflétant ainsi l'engagement de la CSU à ne laisser personne de côté.
- **Beaucoup de réponses au COVID-19, comme à de précédentes urgences sanitaires, ont ignoré les spécificités de genre.** La pandémie de COVID-19 a exacerbé les inégalités entre hommes et femmes de la même manière que de précédentes pandémies et flambées de maladies infectieuses. Les effets primaires et secondaires sur la santé diffèrent selon l'identité de genre. Une réponse insensible aux spécificités de chaque genre ne saurait être adaptée pour corriger les expériences et difficultés différentes éprouvées par les femmes, les hommes et les genres non binaires⁷⁹. Les réponses qui ne tiennent pas compte du genre ignorent les informations cruciales requises pour évaluer correctement les schémas de transmission de la maladie. Les conséquences sexospécifiques de la pandémie de COVID-19 ont été nombreuses. Dans le monde, les femmes forment un grand nombre des agents de santé de première ligne, ce qui multiple leur risque d'infection. Dans d'autres secteurs, les femmes ont aussi été touchées de manière disproportionnée par la pandémie puisque, dans beaucoup de pays, elles occupent des emplois informels ou lourdement impactés par la pandémie et ont donc plus de probabilités de subir des pertes économiques. En outre, la pandémie a conforté les normes de genre selon lesquelles ce sont en majorité les femmes qui assument la charge des soins non rémunérés, souvent aux dépens d'un travail payé. Alors que la plupart des pays ont appliqué une certaine forme de confinement, beaucoup de ménages ont dû rester à la maison pendant une période extrêmement stressante et l'incidence de la violence familiale s'est accrue autour du globe, souvent avec les femmes pour victimes.
- **Les données intersectionnelles et ventilées par sexe font défaut pour guider les réponses et mesurer le succès.** L'incapacité à reconnaître les dimensions de genre de la santé et, en particulier, des pandémies, a abouti à un manque de données intersectionnelles et ventilées par sexe. Déjà en 2012, Eklund and Tellier⁸⁰ avaient constaté une profonde pénurie de données ventilées par sexe pour évaluer les réponses aux crises. D'après l'outil de suivi des données ventilées par sexe sur le COVID-19 du projet Global Health 50/50⁸¹, 126 pays ont publié des données séparées pour les hommes et les femmes sur les cas confirmés ; à peine 92 pays l'avaient fait pour les décès au 19 octobre 2020 et seulement près de la moitié de tous les cas dans le monde et près de 70% des décès dans le monde étaient ventilés par sexe⁸². Il est urgent d'établir des systèmes de recueil des données intersectionnelles, afin de garantir qu'ils seront utilisés et maintenus pour de futures urgences sanitaires.

- **Les femmes dirigeantes pendant la pandémie.** La nature patriarcale des systèmes de santé publique et mondiale a reçu une attention accrue en 2020. van Daalen et al.¹⁹ a révélé que les hommes constituaient 85,2% des membres des groupes spéciaux nationaux chargés du COVID-19. Une dynamique de pouvoir similaire est constatée sur la scène internationale. Par exemple, les femmes représentaient à peine un quart des participants aux trois premières réunions du Comité d'urgence du Règlement sanitaire international (RSI). Ainsi que montré ci-dessus, une réponse sensible aux différences entre hommes et femmes pendant les flambées de maladie est essentielle et les ripostes auront plus de chances d'être efficaces pour tous si les groupes directifs bénéficient d'une représentation diversifiée. Point plus positif, de plus en plus de signes montrent que les pays dirigés par des femmes connaissent moins de décès en rapport avec le COVID-19 et la conduite des affaires par les politiciennes attire l'attention internationale (encadré 14).

Encadré 14. Les femmes aux commandes pendant la pandémie de COVID-19

Dans le monde, à peine 19 pays sur 193 ont une femme à la tête de l'État ou du gouvernement, et les femmes ne représentent que 30% des directeurs exécutifs des 200 institutions mondiales de santé. Néanmoins, les pays dirigés par des femmes sont en proportion plus nombreux à avoir mis en œuvre les meilleures pratiques dans la gestion de la pandémie de COVID-19 (par exemple l'Allemagne, le Danemark, la Finlande, la Nouvelle-Zélande, la République de Corée), avec des indications de réactions plus rapides et déterminées, fondées sur la science. Les pays réussissent non pas forcément parce qu'ils sont dirigés par des femmes, mais grâce à leur culture et leurs institutions qui encouragent les femmes à être élues à des postes de pouvoir.

Sources : références 83–87



Préparation aux urgences sanitaires

Message pour les dirigeants politiques nationaux

Donner plus de poids aux principes de la CSU dans la riposte à chaque crise et intégrer la préparation aux urgences dans toutes les réformes des systèmes de santé.

Recommandations politiques

- Une action précoce et déterminée des dirigeants politiques est essentielle dans les réponses aux urgences ; « la vitesse vaut mieux que la perfection »⁸⁸.
- Les messages gouvernementaux sur les interventions de santé publique pendant les urgences doivent être clairs et cohérents.

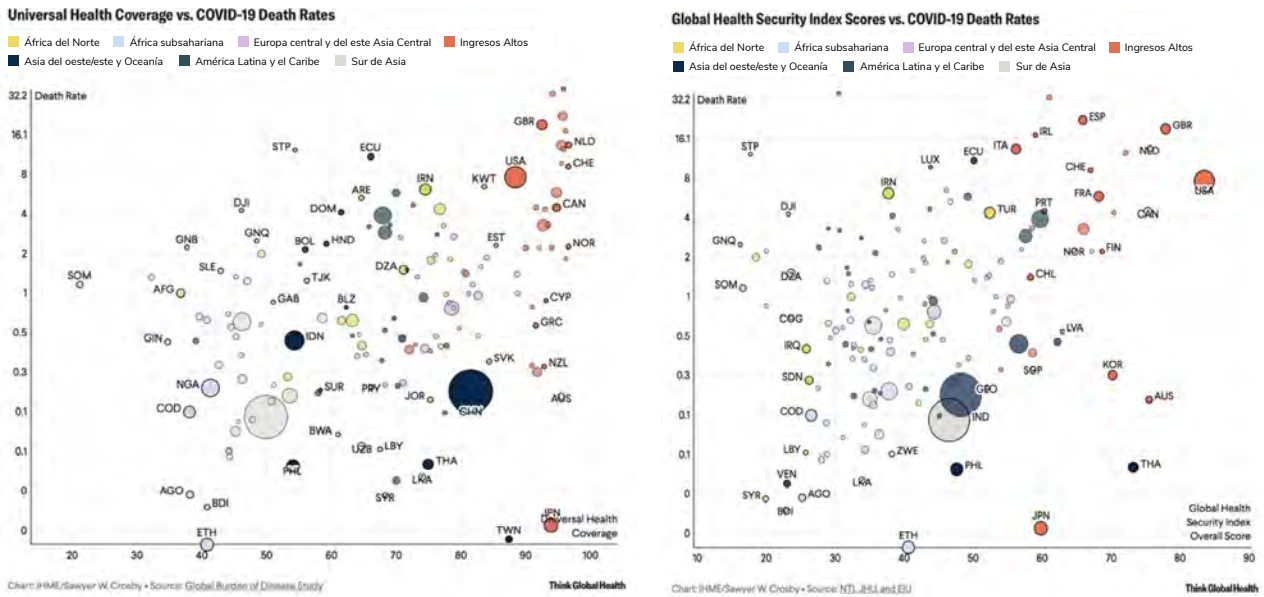
- Les plans d'action nationaux sur la sécurité sanitaire et la préparation aux urgences devraient être liés aux stratégies nationales pour la CSU, et les services de santé publique devraient bénéficier d'un engagement politique et d'un financement public accru. La sécurité sanitaire mondiale et la CSU sont deux faces de la même médaille.
- Il serait bon que la préparation des systèmes de santé aux pandémies comprenne des plans pour la poursuite de tous les services de santé assurés dans les situations de non-crise. Ils devraient couvrir tout l'éventail des services dans les soins de santé primaires, secondaires et tertiaires, et renforcer le personnel médical et les équipements pour garantir la continuité des soins.
- Pendant la pandémie, les gouvernements devraient annuler tous les frais à la charge des patients des services de santé afin de faciliter l'accès aux soins essentiels, spécialement pour le dépistage et le traitement du COVID-19.
- Les plans d'action nationaux de sécurité sanitaire et les plans de réponse d'urgence devraient inclure des références au genre et pourraient être liés à la résolution 1325 du Conseil de sécurité de l'ONU « Femmes, paix et sécurité », pour favoriser les objectifs qui se renforcent mutuellement de la participation, la protection, la prévention, l'aide humanitaire et la reprise⁸⁹.
- Des mesures communautaires et des programmes communautaires de dépistage universel devraient être lancés et soutenus pour améliorer l'efficacité de la surveillance, l'isolement des cas, le traçage des contacts et la quarantaine.

Hallazgos

- **Le leadership politique est essentiel pendant une urgence.** Certains pays qui étaient bien classés pour l'état de préparation aux pandémies par l'indice mondial de sécurité sanitaire ont eu des taux parmi les plus élevés d'infection et de décès pendant la pandémie de COVID-19 (figure 4). Si le nombre supérieur de cas peut être dû en partie aux tests plus nombreux réalisés et s'il est vrai que les pays comptabilisent différemment les décès, cela ne suffit pas à expliquer totalement ces résultats, en particulier les différences dans le nombre des cas notifiés^{90,91}. De même, les pays ayant des scores de CSU plus élevés n'ont pas obtenu de meilleurs résultats pendant la pandémie⁹². Alors que ces indicateurs sont importants pour identifier les lacunes dans les capacités et pour justifier le soutien financier ou politique, ils ne sont pas une garantie de performance. La variation dans la performance est en partie le résultat du leadership politique et la conséquence de décisions prises au plus haut niveau. Les dirigeants politiques qui ont ignoré les avis des experts en santé publique ont en général obtenu de plus mauvais résultats que ceux qui ont suivi les conseils scientifiques²¹.

Figure 4. La CSU par rapport aux taux de mortalité par COVID-19, et les scores de l'indice mondial de sécurité sanitaire par rapport aux taux de mortalité par COVID-19

Source : référence 92



- **Une communication et des messages clairs sont essentiels pendant une pandémie.**

Notre recherche montre que les gens ont du mal à avoir accès aux services de santé en raison d'un manque d'information digne de foi, des restrictions de déplacement, de la peur de demander des services de santé et du manque d'accès aux produits sanitaires essentiels. De plus, des messages compliqués ou ambigus peuvent créer la confusion et encourager la non-observation des mesures préventives d'urgence. Le manque de coordination entre les autorités nationales et sous-nationales a exacerbé les conséquences d'une piètre communication. Cela semble avoir été un facteur dans les performances contrastées de la Chine et du Royaume-Uni dans la réponse à la pandémie de COVID-19.

- **Le COVID-19 a exacerbé les difficultés existantes dans les systèmes de santé,** il a exposé les pénuries d'intrants d'importance vitale, notamment les agents de santé, les médicaments, les produits sanitaires de base, les équipements et les infrastructures (encadré 15). Des millions de personnes qui souffrent de problèmes de santé ont ainsi été empêchées de recevoir un traitement non lié au COVID-19⁹³, provoquant plusieurs milliers de décès. Par définition, la CSU doit être universelle et disponible à tout moment, même pendant les situations d'urgence. Les plans de préparation doivent inclure la continuité des services de santé non dédiés aux urgences.

Encadré 15. Impact financier des mesures de santé publique sur la population

Les mesures de santé publique peuvent s'accompagner de conséquences financières non négligeables sur les personnes. Si le gouvernement n'agit pas pour en atténuer l'impact, elles peuvent avoir des effets indésirables sur la vie des gens. Les interventions de santé publique ont pour but de protéger la santé de la population.

Un répondant à l'enquête en Mongolie a décrit un tableau saisissant des pressions pesant sur les citoyens ordinaires face aux frais élevés dans une situation d'urgence :

Une réduction partielle des frais des services médicaux était nécessaire dans mon pays. Même si les gens étaient assurés, tous les soins de santé étaient payés par les citoyens et les personnes venant de l'étranger étaient stressées car elles étaient obligées de payer les services médicaux et les frais de la quarantaine. Elles devaient observer une quarantaine de 21 jours et le prix de l'hôtel et les autres frais de personnel étaient supérieurs à leur salaire. Par exemple, une femme appelée A a tenté de se suicider car elle ne pouvait pas se permettre de payer le prix d'une quarantaine de 21 jours. Elle venait de l'étranger et toutes ses économies ont été englouties par la quarantaine. Le gouvernement aurait dû accorder un peu de soutien aux gens qui n'ont pas les moyens de payer la quarantaine.

Sources : enquête

- **Les frais payés par les patients des services de santé restent un obstacle majeur à l'accès aux services de santé essentiels.** En dépit de récentes recommandations politiques de l'OMS dans le sens d'une suppression des coûts à la charge des patients, afin d'élargir l'accès pendant la pandémie, beaucoup de pays perçoivent encore des frais qui dissuadent les gens de demander un dépistage et un traitement et occasionnent des difficultés financières.
- **Sur les 409 répondants à l'enquête, seul cinq ont explicitement mentionné la santé publique comme domaine prioritaire d'investissement pour leur pays,** alors que 40 ont cité les activités de santé publique et les services associés comme la promotion de la santé et la prévention. La santé publique est une partie intégrante de la CSU et il incombe à la communauté internationale de sensibiliser à l'importance des investissements pour améliorer la santé publique afin qu'elle puisse relever de futurs défis. Investir dans la préparation signifie investir dans des systèmes de santé publique solides aux niveaux national, régional et international.

- **Le coût de la riposte d'urgence est bien supérieur au coût de l'investissement dans la préparation.** Les coûts récurrents de la préparation sont estimés à \$US 13,8 milliards par an pour les 67 pays à revenu faible et intermédiaire, alors que le coût annuel de la réponse en cas de catastrophe est de plus de \$US 500 milliards⁹⁴. Le Fonds monétaire international a averti que la pandémie de COVID-19 coûtera \$US 28 000 milliards en pertes de production⁹⁵.
- **Il est capital de former des partenariats avec les OSC et la communauté dans son ensemble pour instaurer un climat de confiance et garantir le respect des mesures de santé publique d'urgence.** Cela devrait inclure la participation au niveau communautaire, une planification décentralisée et la mise en œuvre de réponses de santé publique d'urgence pour la prévention, les soins et le soutien.

Contribution du Mouvement pour la CSU pendant une urgence de santé mondiale



Crédit photo : @CSU2030 - Akihito Watabe



Crédit photo : @CSU2030 - Akihito Watabe

Contribution du Mouvement pour la CSU pendant une urgence de santé mondiale

Tous les dirigeants mondiaux et d'autres acteurs devraient se réunir pour garantir une action cohérente et pour instaurer la confiance et la redevabilité en élargissant la participation à la gouvernance de santé à tous les niveaux.

Recommandations politiques

- Les gouvernements, les organisations multilatérales, la société civile et le secteur privé doivent travailler ensemble pour transformer la redevabilité sociale et politique pour la CSU. Cela suppose d'élargir la connaissance et l'accès des OSC aux mécanismes et plateformes de redevabilité mondiale existants, aussi bien dans le secteur de la santé qu'au-delà, et de multiplier les occasions de participation multipartite institutionnalisée.
- Le processus de RNV, mécanisme clé pour suivre les progrès vers la CSU et d'autres ODD, devrait être amélioré en consolidant le recueil des données dans les pays, avec une ventilation des informations, pour fournir des conseils détaillés standardisés pour les revues nationales ; renforcer la collaboration du secteur de la santé avec d'autres acteurs en lien avec les ODD ; et aider la société civile à contribuer plus activement et efficacement à l'amélioration des revues de la CSU dans les mécanismes officiels de redevabilité de leur pays.
- Les réponses au COVID-19 seront probablement plus efficaces si les équipes chargées de la riposte sont formées d'une variété de membres. La composition, les communications et la participation des OSC et d'autres acteurs non étatiques des équipes de réponse nationales doivent être transparentes.
- Les initiatives de santé mondiale émergentes pour accélérer la collaboration à la riposte au COVID-19 (par exemple l'Accélérateur ACT, dispositif pour accélérer l'accès aux outils de lutte contre le COVID-19 et son mécanisme COVAX) doivent recevoir un financement et un soutien appropriés et ne pas être minées par des intérêts nationaux, régionaux ou commerciaux, y compris les accords bilatéraux et multilatéraux sur les vaccins.

Résultats

- **La connaissance des cibles mondiales et nationales de la CSU est faible.** La connaissance et l'accès aux plateformes mondiales et mécanismes de redevabilité, aux cibles nationales de la CSU et aux plateformes pour la CSU sont essentiels pour les acteurs non étatiques afin qu'ils soient en mesure de demander des comptes aux gouvernements et aux organisations internationales sur la réalisation progressive de la CSU d'ici à 2030. Sans accès aux plateformes mondiales et faute de comprendre les mécanismes mondiaux de redevabilité dans lesquels les engagements sont pris et justifiés et les progrès nationaux sont rapportés, la société civile ne peut surveiller la mise en œuvre des cibles nationales, ni tenir réellement les dirigeants comptables de leurs paroles et actions. C'est aussi vrai pour les types d'engagements et d'actions pris par les gouvernements et de la mesure dans laquelle ils sont communiqués aux niveaux régional, national et mondial. Un examen des déclarations à la réunion de haut niveau des Nations Unies sur la CSU et à la Soixante et Onzième Assemblée mondiale de la Santé montre que près de la moitié manquaient d'un engagement clair^b à faire avancer la CSU au niveau national.
- **Les engagements en faveur de la CSU ne sont pas saisis dans les RNV.** Tous les États Membres qui ont signé le Programme de développement durable à l'horizon 2030 se sont engagés à préparer un cadre pour les RNV. Notre recherche (encadré 16) indique que les RNV devraient être transformées pour inclure la CSU. Si davantage de pays et de sociétés civiles ont présenté des rapports sur les progrès vers la CSU ces dernières années, il faut toutefois redoubler d'efforts pour faire mieux fonctionner le processus de revue des ODD, et garantir des rapports plus objectifs et plus exacts des progrès vers la réalisation d'engagements mesurables pour la CSU.

^b Un engagement clair en faveur de la CSU dans un forum politique mondial a été défini comme une déclaration sur les mesures actuellement prises sur la CSU ou des cibles ou plans clairs pour la CSU. Les réalisations précédentes et les descriptions des soins de santé ou de la situation sanitaire d'un pays n'ont pas été considérées comme des engagements en faveur de la CSU.

Encadré 16. Évaluation du processus de RNV (2016–2020) et partage des connaissances dans les forums politiques de haut niveau de l'ONU (2018–2020)

Afin de comprendre les possibilités et les difficultés que le mécanisme officiel de redevabilité des ODD offre pour la santé, nous avons évalué le processus de RNV et le partage des connaissances dans les forums politiques de haut niveau de l'ONU ces deux dernières années. Les principales conclusions sont présentées ci-dessous.

- La plupart des États Membres de l'ONU (172 sur 193) ont présenté des rapports en 2016–2020, et même plus d'un pour certains. Des 187 rapports de RNV présentés, 92% (171 rapports) ont examiné l'ODD3 et 71% (132 rapports) ont étudié d'une certaine façon la politique relative à la CSU et aux systèmes de santé. À peine 37% (69 rapports) incluaient une forme ou une autre d'évaluation numérique et la plupart ne décrivaient que les politiques et stratégies du gouvernement.
- Seulement 13% (25 rapports) ont utilisé l'indice de couverture des services de la CSU et/ou l'indice de protection financière de la CSU pour examiner leurs progrès s'agissant des indicateurs 3.8.1 et 3.8.2. Même si la Banque mondiale et l'OMS ont rendu compte de ces indicateurs dans les rapports de suivi de la CSU 2017 et 2019, la grande majorité des pays n'ont pas utilisé ces données dans leurs examens des progrès pour les ODD. Cela peut être dû en partie au fait que ces indicateurs n'ont été approuvés comme éléments du cadre formel de suivi des ODD qu'en 2017 et que les données n'étaient pas disponibles dans les systèmes statistiques officiels de l'ONU jusqu'à 2018.
- Peu de pays fournissent des données ventilées sur la couverture de santé, qui facilitent l'analyse de l'équité, et la plupart étaient donc incapables de surveiller les progrès dans l'amélioration de l'équité pour déterminer si certains groupes de population étaient laissés de côté. La majorité des pays à revenu élevé ont examiné leurs contributions à la CSU dans d'autres pays du point de vue de la coopération au développement ou de la politique étrangère, même si certains pays ont mentionné la collaboration de la société civile aux revues de santé.
- Dans la revue thématique de l'ODD3 (2017), les institutions des Nations Unies ont inclus les progrès mondiaux dans la réalisation de la cible 3.8 (CSU) avec les indicateurs 3.8.1 (couverture des services) et 3.8.2 (protection financière) ; néanmoins, les données étaient assez obsolètes et la plupart n'étaient pas ventilées.
- Aucune institution, aucun partenariat ni aucune OSC n'a fourni des ressources pour échanger les connaissances sur les approches et les outils pour les RNV (2019 et 2018) ou des outils pour évaluer la CSU et les systèmes de santé dans la préparation des RNV.
- Dans les « rapports parallèles » des RNV, les groupes de la société civile d'à peine 13% (six sur 47) des pays ayant mené une RNV ont rendu compte une fois par an des progrès accomplis vers la CSU en 2020 et 2019.

Sources : références 96–100

- **La participation de la société civile à la gouvernance de santé mondiale et d'autres processus internationaux de gouvernance n'est pas efficace.** Les OSC participent souvent aux forums, conférences et sommets internationaux, et devraient donc pouvoir influencer la définition de l'ordre du jour, la formulation des politiques et la mise en œuvre des politiques relatives à la CSU¹⁰¹. Les gouvernements se réfèrent fréquemment à la participation des OSC comme preuve de leur volonté d'améliorer le suivi et la redevabilité sur les questions de santé¹⁰². La participation efficace des OSC est cependant souvent limitée par des facteurs tels qu'un pouvoir insuffisant d'influencer les processus et les organisations de santé, un manque de ressources financières et un accès médiocre aux plateformes et aux décideurs clés. Bien qu'elles contribuent quelquefois à façonner les cadres de gouvernance mondiale de la santé avec une participation informelle extrêmement efficace, la reconnaissance officielle de leur rôle dans cette gouvernance et dans les réunions internationales, comme l'Assemblée mondiale de la Santé, est limitée. Si la société civile a des occasions de participer à la gouvernance mondiale, par exemple le forum politique de haut niveau de l'ONU, la réunion de haut niveau des Nations Unies sur la CSU et les sommets régionaux et mondiaux sur les ODD, elle n'a pas véritablement introduit le programme de la CSU dans ces processus. Pour garantir la participation réelle des OSC, il faut disposer de plus amples informations sur la manière dont elles influencent la politique et sur l'efficacité de leurs stratégies.
- **Le COVID-19 a exacerbé le défi que représente une véritable participation, puisque le financement des plateformes de plaidoyer des OSC sur la CSU a été réduit** aux niveaux national et régional quand les fonds ont été détournés de la société civile vers la réponse au COVID-19. D'après les partenaires du Mécanisme de participation de la société civile (MPSC) (encadré 17), les possibilités de plaidoyer ont été limitées par les restrictions relatives au COVID-19, et la collaboration a été établie virtuellement par les médias sociaux et les plateformes sur le web, avec un plaidoyer passant par des consultations virtuelles.

Encadré 17. Le Mécanisme de participation de la société civile

Le MPSC pour la CSU2030 a été créé en 2017. Il fait entendre les voix de la société civile dans la CSU2030 afin de faire en sorte que les politiques de la CSU soient inclusives et équitables et qu'une attention soit accordée systématiquement aux populations les plus marginalisées et vulnérables afin que nul ne soit laissé de côté. Il y parvient avec les activités suivantes :

- influencer la conception et la mise en œuvre des politiques ;
- faire pression pour la formulation et la mise en œuvre de politiques participatives et inclusives ;
- renforcer les mécanismes communautaires de redevabilité sociale ;
- promouvoir la coordination entre les plateformes et réseaux d'OSC qui travaillent sur des questions relatives à la santé aux niveaux national, régional et mondial ; et
- donner une voix à la société civile dans le Mouvement pour la CSU.

Depuis sa création, le MPSC a élargi sa composition et compte désormais près d'un millier de membres représentant 900 organisations dans plus d'une centaine de pays. Le MPSC est un moyen pour la société civile de faire entendre sa voix dans les processus de la CSU pour une collaboration efficace. Le MPSC recrute et mobilise la société civile, soutient les OSC nationales, renforce la connaissance de la CSU dans la société civile et consolide la CSU2030 dont il est l'un des groupes.

Source : référence 103

- **La société civile n'est pas associée aux réponses nationales de lutte contre le COVID-19¹⁰⁴⁻¹⁰⁷.** Le MPSC recueille de plusieurs façons des données sur l'inclusion de la société civile dans les réponses au COVID-19. Un examen soutenu par le MPSC a constaté un manque de transparence dans la prise de décision des équipes spéciales de lutte contre le COVID-19 et une participation limitée de la société civile à la prise de décision et la riposte du gouvernement. Une autre enquête du MPSC a confirmé que la plupart des organisations de la société civile travaillaient indépendamment des gouvernements dans la réponse au COVID-19¹⁰⁵. Le MPSC a publié des « appels à l'action de la société civile » pour le COVID-19, afin de plaider en faveur de l'inclusion de la société civile dans les réponses nationales au COVID-19.
- **Le secteur privé a joué un rôle important pendant le COVID-19 en protégeant les chaînes d'approvisionnement, en élargissant l'accès au dépistage et au traitement du COVID-19 et en comblant les lacunes des services essentiels (encadré 18).** Si ce secteur se concentre sur la stimulation de l'innovation et l'élargissement de l'accès à des produits et services abordables dans la santé¹⁰⁸, plusieurs entreprises soutiennent aussi les initiatives de renforcement des systèmes de santé. Presque tous les pays ont des systèmes de santé mixtes et le rôle du secteur privé dans les soins de santé est important et diversifié puisqu'il comprend la prestation de services, la distribution de médicaments et de produits médicaux, la formation des personnels soignants, la technologie, l'innovation, l'infrastructure et les services d'appui. Néanmoins, la participation du secteur privé aux réponses nationales au COVID-19 a été plus efficace dans les pays où cette participation s'inscrit dans le cadre de la gestion routinière de leurs systèmes de santé, ce qui exige des cadres régulateurs bien établis et un financement direct ou indirect de poids¹¹⁴.

Encadré 18. Exemples de contributions du secteur privé à la riposte au COVID-19

Ces deux dernières années, la CSU2030 a rassemblé des associations et des entreprises privées mobilisées autour des objectifs en matière de CSU. Au cours de la réunion de haut niveau des Nations Unies sur la CSU, le groupe du secteur privé auprès de la CSU2030 a aussi fait une déclaration conjointe où il dresse une liste de sept principes qui guideront les contributions du secteur privé à la CSU. Deux de ces principes abordent l'accès à des produits et services abordables et l'innovation ; ainsi, le secteur fournit des capacités supplémentaires pour maintenir le fonctionnement des systèmes de santé d'un pays pendant que le gouvernement augmente ses capacités à tester, tracer et traiter les cas de COVID-19 et à conserver les services de santé essentiels.

Les membres du groupe du secteur privé ont relaté certaines de leurs contributions à la riposte au COVID-19, conformément à ces principes et engagements. Ces exemples montrent comment des organisations différentes peuvent « avancer ensemble » vers des objectifs de santé communs.

Maintenir l'approvisionnement en fournitures critiques :

- garantir un accès ininterrompu aux médicaments essentiels, aux équipements médicaux et aux vaccins, en exploitant les technologies les plus avancées pour une répartition équitable et une continuité des fournitures sanitaires essentielles ;
- accroître la production, entretenir les inventaires dans les principaux centres de distribution et travailler sur les plans de préparation avec les fournisseurs externes pour maintenir les chaînes d'approvisionnement.

Élargir l'accès aux tests de diagnostic :

- tester sur place et à grande échelle de vastes populations sous-desservies de travailleurs migrants et soutenir le dépistage massif dans les foyers de travailleurs migrants à Singapour.

Santé mobile et solutions numériques :

- recueillir des données sur les besoins de santé et les facteurs de risque de contracter le COVID-19 pour guider la surveillance et le traçage des cas en Asie rurale ;
- appliquer un algorithme de risque aux données démographiques afin d'identifier les patients vulnérables et travailler avec les gouvernements pour assurer les interventions ciblées ;
- préparer et soutenir les applications pour la formation à distance des agents de santé communautaires et la diffusion de l'information aux ménages ;
- faciliter les consultations virtuelles pour la continuité des soins ;
- distribuer des médicaments essentiels par le biais de chaînes d'approvisionnement numériques aux communautés rurales qui sont devenues encore plus isolées pendant les confinements du COVID-19.

Source : référence 104, 114

- **La pandémie de COVID-19 a mis en avant la santé et la diplomatie de santé internationale et a renforcé l'importance des engagements souscrits dans la déclaration politique de 2019 sur la CSU.** Par exemple, le Secrétaire général de l'ONU a publié une note de synthèse sur le COVID-19 et la CSU qui demande des investissements plus importants en faveur de la couverture santé universelle. La pandémie de COVID-19 a mis en lumière l'importance de systèmes de santé publique forts et d'une solide préparation aux urgences pour les communautés et les économies au niveau mondial. Le Secrétaire général a invité tous les États Membres et d'autres acteurs à accélérer et

augmenter les investissements pour la CSU et pour des systèmes de santé consolidés, sans plus attendre. Sous l'égide du Groupe d'amis de la couverture santé universelle et de la santé mondiale (encadré 19), 120 États Membres ont salué ses recommandations, ont réaffirmé leur attachement à la déclaration politique de la réunion de haut niveau des Nations Unies sur la CSU et ont reconnu combien il était urgent d'accélérer l'action pour parvenir à la CSU d'ici à 2030.

Encadré 19. Groupe d'amis de la couverture santé universelle et de la santé mondiale

Le Groupe d'amis de la couverture santé universelle et de la santé mondiale est une plateforme informelle des États Membres au Siège de l'ONU pour promouvoir la CSU dans le contexte du Programme de développement durable à l'horizon 2030. Ce réseau d'États Membres a mobilisé son capital politique pour soutenir le programme de la CSU et a aidé la CSU2030 à jouer un rôle clé dans la santé mondiale et la politique étrangère. Il a été déterminant pour conserver la dynamique de la réunion de haut niveau des Nations Unies sur la CSU grâce à plusieurs initiatives, même pendant la pandémie de COVID-19, avec notamment un événement sur la CSU et le COVID-19 pendant le forum politique de haut niveau (juillet 2020) et la réunion ministérielle sur la CSU pendant la 75^e session de l'Assemblée générale (octobre 2020). Il a mobilisé 120 États Membres pour relayer la note de synthèse du Secrétaire général sur le COVID-19 et la CSU et la déclaration politique sur la CSU (octobre 2020).

Source : références 109–112

- **La pandémie de COVID-19 a stimulé une collaboration mondiale sans précédent dans de nombreux domaines.** Un exemple crucial d'initiative de santé mondiale émergente est l'accélérateur de l'accès aux outils de lutte contre le COVID-19 (accélérateur ACT) (encadré 20). L'accélérateur ACT a été lancé comme solution mondiale pour hâter la fin de la pandémie de COVID-19, avec une expertise du secteur public et privé qui stimulera la mise au point et la production d'outils pour le COVID-19 et y donnera un accès équitable, notamment aux tests, traitements et vaccins, tout en renforçant les systèmes de santé. Également dans cet esprit de collaboration, les réseaux et partenariats des systèmes de santé qui font partie de la CSU2030 encouragent les connaissances et les apprentissages pertinents à l'appui des objectifs de la CSU dans le contexte du COVID-19.

Encadré 20. Une initiative de santé mondiale émergente : l'accélérateur de l'accès aux outils de lutte contre le COVID-19

L'accélérateur ACT est fondé sur l'hypothèse selon laquelle aucun pays ne peut vaincre seul le COVID-19. En mettant en commun les investissements au niveau mondial, l'accélérateur ACT façonne le marché des outils et encourage les fabricants à investir dans la mise au point et la production d'outils essentiels, tout en permettant aux gouvernements d'avoir accès à un portefeuille, de façon à répartir le risque d'échec des candidats individuels. L'initiative partage les bénéfices de programmes complexes de développement des tests, des traitements et des vaccins dans beaucoup de régions et sur beaucoup de plateformes techniques.

L'accélérateur ACT fait appel à un vaste partenariat de divers acteurs qui se servent conjointement de leurs avantages comparatifs et de leurs groupes respectifs pour trouver des solutions collectives au COVID-19. Il consiste en trois piliers : vaccins, traitements et diagnostics.

Le pilier des vaccins, le mécanisme COVAX, garantit à tous les pays un accès sur un pied d'égalité aux vaccins contre le COVID-19 en toute sécurité, quelle que soit leur capacité ou leur pouvoir d'achat. Il inclut un soutien financier pour veiller à ce que les personnes dans les pays les plus pauvres du monde ne soient pas oubliées quand les vaccins deviendront disponibles. À la mi-novembre 2020, 187 pays avaient rejoint le mécanisme COVAX, dont 92 pays à faible revenu pouvant prétendre à un soutien financier.

Le connecteur des systèmes de santé transversal, placé sous la direction du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, la Banque mondiale et l'OMS, s'attaque aux aspects transversaux des systèmes de santé pour garantir un déploiement rapide des nouveaux outils à mesure de leur disponibilité, notamment les capacités et les infrastructures qui devraient être radicalement relevées pour déployer les outils du COVID-19 et les investissements dans les systèmes qui seront nécessaires pour compléter les nouveaux instruments.

Source : référence 113

Encadré 21. Initiatives relatives aux systèmes de santé et acteurs non étatiques

Les initiatives apparentées à la CSU2030 sont un groupe d'initiatives, de réseaux et de plateformes qui se concentrent sur différents aspects du renforcement des systèmes de santé. Alors que la pandémie s'étendait, les initiatives apparentées ont encouragé les connaissances et l'apprentissage sur les contributions des systèmes de santé à la riposte. Elles fournissent des plateformes mondiales pour partager les leçons et resserrer la collaboration sur les systèmes de santé.

Certaines de ces initiatives rassemblent des groupes qui se concentrent sur des aspects spécifiques du renforcement des systèmes de santé. Par exemple, le réseau P4H a promu des messages sur le financement de la santé et la réponse au COVID-19, notamment comment budgétiser la riposte, comment acheter des services de santé et les leçons des pays. Le Projet de collaboration sur les données sanitaires donne des conseils sur une gouvernance forte des données, des données ventilées et la confiance dans les données. Le Réseau mondial des personnels de santé met en lumière la contribution essentielle des agents de santé, en informant les associations professionnelles de santé des problèmes exprimés à l'égard du COVID-19 et il soutient le dialogue entre les OSC et l'OMS. L'Initiative sur la performance des soins de santé primaires a préparé des messages expliquant pourquoi les soins de santé primaires sont un élément central de la réponse au COVID-19 et a contribué avec des ressources techniques et une communauté de pratique en ligne. Le Projet de collaboration sur la gouvernance des systèmes de santé étudie comment mieux aligner la gouvernance mondiale de la santé pour l'action collective dans la perspective des objectifs de santé communs.

D'autres initiatives apparentées, notamment le Réseau d'apprentissage conjoint, Health Systems Global et l'Alliance pour la recherche sur les politiques et les systèmes de santé, mettent en commun leurs perceptions des réponses des politiques et systèmes de santé au COVID-19. Ces efforts aident à identifier et améliorer des approches communes pour affermir les systèmes de santé pour la CSU et la sécurité sanitaire.

Source : référence 107

Profils des pays

Avec la synthèse 2020, un tableau de bord concis de profils nationaux est fourni en ligne sur le portail des données sur la CSU¹⁴ hébergé par la CSU2030.

An example of country profile



Il montre des « instantanés » de l'état de l'engagement en faveur de la CSU dans les pays et facilite les comparaisons transnationales. Le tableau de bord (version 1) se fonde sur les données disponibles pour 2015-2020 et fixe une ligne de base pour l'état de l'engagement en faveur de la CSU dans les 193 États Membres de l'ONU, avec des données quantitatives et qualitatives sur les domaines clés d'engagement dans la déclaration politique sur la CSU qui montrent pour chaque pays :

- la tendance et la situation de la couverture des services et de la protection financière de la CSU ;
- la tendance et la situation d'éléments choisis des systèmes de santé ;
- la mobilisation des ressources intérieures ;
- la situation de la préparation aux urgences sanitaires ;
- les engagements en faveur de la CSU exprimés par les dirigeants politiques de haut niveau ;
- l'évaluation des progrès vers la CSU examinée dans les RNV ;
- les cibles nationales mesurables relatives à la CSU ;
- la législation ainsi que les politiques et stratégies nationales relatives à la CSU ;
- les perceptions de la corruption, de la transparence budgétaire et de la disponibilité d'espace civique ;
- les progrès dans la CSU concernant l'équité, pour identifier qui est laissé de côté et pourquoi du point de vue de l'accès aux services de santé et à la protection financière ;
- les obstacles à l'équité entre les sexes et le leadership des femmes ;
- les progrès dans la mise au point multipartite de cadres pour surveiller l'efficacité ; et
- les leçons tirées de l'engagement multipartite et de la participation sociale à la définition et la redevabilité des politiques de santé.

Des statistiques en rapport avec le COVID-19 sont incluses cette année pour refléter le contexte mondial actuel. Ces prochaines années, les profils des pays seront mis à jour pour aider les acteurs nationaux à évaluer la situation la plus récente des engagements en faveur de la CSU et surveiller les progrès accomplis pour les traduire en action.

Portail de données sur la CSU



Le portail de données sur la CSU a pour objectif d'offrir une interface unique qui présente une vue d'ensemble des engagements en faveur de la CSU dans chaque pays. Il permet aussi d'accéder aux données sur la CSU et les systèmes de santé et d'obtenir des visualisations des données obtenues à partir des statistiques officielles sur les ODD et des partenaires de la CSU2030. Les données générales utilisées dans ce rapport sur l'état de l'engagement en faveur de la CSU sont aussi disponibles sur le portail de données.

Références

1. Note de synthèse sur la COVID-19 et la couverture sanitaire universelle. New York City : Nations Unies ; 2020 (<https://www.un.org/fr/coronavirus/scale-investment-universal-health-coverage-and-stronger-health-systems>, consulté le 20 novembre 2020).
2. Réunion de haut niveau des Nations Unies sur la couverture sanitaire universelle en 2019. Cibles, engagements et actions clés. Genève : CSU2030 ; 2020 (https://www.uhc2030.org/fileadmin/uploads/uhc2030/Documents/UN_HLM/UHC_key_targets_commitments_actions_FR_5_Dec_2019.pdf, consulté le 20 novembre 2020).
3. Demandes clés du Mouvement pour la CSU. Genève : CSU2030 ; 2020 (https://www.uhc2030.org/fileadmin/uploads/uhc2030/Documents/UN_HLM/HLM_UHC_Key_Askes_French_Translation.pdf, consulté le 20 novembre 2020).
4. Rannan-Eliya RP, Sikurajapathy L. Sri Lanka: “Good practice” in expanding health care coverage. Research studies series 3. Washington DC: The International Bank for Reconstruction and Development, The World Bank; 2009 (<http://www.ihp.lk/publications/docs/RSS0903.pdf>, consulté le 20 novembre 2020).
5. Covid: Protests take place across Italy over anti-virus measures. BBC News, 27 October 2020 (<https://www.bbc.co.uk/news/world-europe-54701042>, consulté le 20 novembre 2020).
6. Merrick R. Labour grabs five-point poll lead as public turns against Boris Johnson’s Covid-19 strategy. The Independent, 30 October 2020 (<https://www.independent.co.uk/news/uk/politics/labour-conservative-polls-boris-johnson-keir-starmer-covid-free-school-meals-b1446533.html>, consulté le 20 novembre 2020).
7. Savage M. Conservatives turn on Boris Johnson over handling of UK Covid crisis. The Observer, 4 October 2020 (<https://www.theguardian.com/politics/2020/oct/04/conservatives-turn-on-boris-johnson-over-handling-of-uks-covid-19-crisis>, consulté le 20 novembre 2020).
8. Bennett B, Berenson T. How Donald trump lost the election. Time, 7 November 2020 (<https://time.com/5907973/donald-trump-loses-2020-election/>, consulté le 20 novembre 2020).
9. Parker A, Dawsey J, Viser M, Scherer M. How Trump’s erratic behaviour and failure on coronavirus doomed his reelection. The Washington Post, 7 November 2020 (<https://www.washingtonpost.com/elections/interactive/2020/trump-pandemic-coronavirus-election/>, consulté le 20 novembre 2020).
10. Menon P. New Zealand’s Ardern wins “historic” re-election for crushing COVID-19. Reuters, 16 October 2020 (<https://www.reuters.com/article/uk-newzealand-election-idUSKBN2712ZI>, consulté le 20 novembre 2020).
11. Déclaration politique issue de la réunion de haut niveau sur la couverture sanitaire universelle, « Couverture sanitaire universelle : œuvrer ensemble pour un monde en meilleure santé ». New York : Nations Unies; 2019 (<https://undocs.org/pdf?symbol=fr/A/74/L.4>, consulté le 20 novembre 2020).

2020).

12. Coronavirus: BBC poll suggests stark divide between rich and poor countries. BBC News, 10 September 2020 (<https://www.bbc.co.uk/news/world-54106474>, consulté le 20 novembre 2020).
13. Tidey A, Bauomy J. Coronavirus: “No one is safe until everyone is safe”, says WHO director. Euronews, 18 August 2020 (<https://www.euronews.com/2020/08/18/coronavirus-19-european-countries-record-high-incidence-rates-as-surge-continues>, consulté le 20 novembre 2020).
14. UHC data portal. Geneva: UHC2030; 2020 (<https://www.uhc2030.org/what-we-do/knowledge-and-networks/uhc-data-portal/>, consulté le 20 novembre 2020).
15. Brooks R. The failure of test and trace shows the folly of handing huge contracts to private giants. The Guardian, 13 October 2020 (<https://www.theguardian.com/commentisfree/2020/oct/13/failure-test-trace-folly-huge-contracts-private-giants-uk>, consulté le 20 novembre 2020).
16. G20 Osaka leaders' declaration (<https://g20.org/en/g20/Documents/2019-Japan-G20%20Osaka%20Leaders%20Declaration.pdf>, consulté le 20 novembre 2020).
17. Kickbusch I, Gitahi G, Cuevas Barron G. To: presidents of parliaments. Geneva: UHC2030; 2020 (https://www.uhc2030.org/fileadmin/uploads/uhc2030/Documents/About_UHC2030/mgt_arrangemts___docs/Political_Advisory_Group/UHC2030-IPU_joint_letter_to_all_Presidents_of_Parliaments_final.pdf, consulté le 20 novembre 2020).
18. Casassus B. Covid-19: French side-lining of patient associations is a global trend. BMJ. 2020;371:m4082.
19. van Daalen KR, Bajnoczki C, Chowdhury M, Dada S, Khorsan P, Socha A, et al. Symptoms of a broken system: the gender gaps in COVID-19 decision-making. BMJ Global Health. 2020;5(10):e003549.
20. Hananto A. Global rank: Public approval of Covid-19 crisis management. Seasia, 9 May 2020 (<https://seasia.co/2020/05/09/global-rank-public-approval-of-covid-19-crisis-management>, consulté le 20 novembre 2020).
21. Daily chart. Are governments following the science on covid-19? The Economist, 11 November 2020 (<https://www.economist.com/graphic-detail/2020/11/11/are-governments-following-the-science-on-covid-19>, consulté le 20 novembre 2020).
22. WHO coronavirus disease (COVID-19) dashboard. Situation by country, territory and area. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://covid19.who.int/table>, consulté le 20 novembre 2020).
23. Résumé d'orientation 2020. Dans la tourmente de la pandémie de COVID-19 : la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent dans le contexte de la couverture sanitaire universelle et des objectifs de développement durable. Genève : Groupe indépendant d'experts de la redevabilité de l'initiative Chaque femme, chaque enfant, Organisation mondiale de la Santé; 2020 (https://iapewec.org/wp-content/uploads/2020/09/BLS20114_FR_web.pdf, consulté le 20 novembre 2020).

24. L'OMS salue la déclaration historique de l'ONU sur la couverture sanitaire universelle. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 23 septembre 2019 (<https://www.who.int/fr/news/item/23-09-2019-who-welcomes-landmark-un-declaration-on-universal-health-coverage>, consulté le 20 novembre 2020).
25. Conseil mondial de suivi de la préparation. Un monde en péril. Rapport annuel sur l'état de préparation mondial aux situations d'urgence sanitaire. Genève ; Organisation mondiale de la Santé ; 2019 (https://apps.who.int/gpmb/assets/annual_report/GPMB_Annual_Report_French.pdf, consulté le 20 novembre 2020).
26. Les soins de santé primaires sur la voie de la couverture sanitaire universelle. Rapport de suivi 2019. Résumé d'orientation. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2019 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/328922/WHO-HIS-HGF-19.1-fre.pdf?ua=1>, consulté le 20 novembre 2020).
27. UHC in the context of COVID-19 pandemic. Geneva: UHC2030; 2020 (<https://wakelet.com/wake/1a74cbb5-cd6e-42d4-812d-904501f4c076>, consulté le 22 novembre 2020)
28. Cameron B. Captaining a team of 5 million: New Zealand beats back COVID-19, March–June 2020. Innovations for Successful Societies. Princeton (NJ): Princeton University; 2020 (https://successfulsocieties.princeton.edu/sites/successfulsocieties/files/NewZealand_COVID_Final.pdf, consulté le 20 novembre 2020).
29. Givetash L. Coronavirus: Trump says “Some governors have gone too far” on lockdown measures. NBC News, 20 April 2020 (<https://www.nbcnews.com/news/world/coronavirus-trump-says-some-governors-have-gone-too-far-lockdown-n1187596>, consulté le 20 novembre 2020).
30. Mason J, Holland S. Trump calls Fauci “a disaster” and seeks to reassure his team he can win. Reuters, 19 October 2020 (<https://www.reuters.com/article/us-usa-election-trump-idUSKBN2742AD>, consulté le 20 novembre 2020).
31. Aravindan A. Singapore grapples with coronavirus in migrant workers' dormitories. Reuters, 14 September 2020 (<https://uk.reuters.com/article/uk-health-coronavirus-singapore-dormitor/singapore-grapples-with-coronavirus-in-migrant-workers-dormitories-idUKKBN26502A>, consulté le 22 novembre 2020).
32. Karnitschnig M. German labor minister pledges to better protect migrant workers. Politico, 28 June 2020 (<https://www.politico.eu/article/german-labor-minister-hubertus-heil-pledges-to-better-protect-migrant-workers-coronavirus/>, consulté le 22 novembre 2020).
33. Kazmin A, Singh J. India: the millions of working poor exposed by pandemic. Financial Times, 30 April 2020 (<https://www.ft.com/content/dec12470-894b-11ea-9dcb-fe6871f4145a>, consulté le 22 novembre 2020).
34. Garari K. Death due to coronavirus higher among doctors, healthcare workers. Deccan Chronicle, 11 September 2020 (<https://www.deccanchronicle.com/nation/current-affairs/110920/death-due-to-coronavirus-higher-among-doctors-healthcare-workers.html>, consulté le 20 novembre 2020).
35. Marriott A, Malouf Bous K. People can't afford to pay for health care in a pandemic. Why isn't

the World Bank doing more to help? Oxford: Oxfam; 2020 (<https://views-voices.oxfam.org.uk/2020/10/people-cant-afford-to-pay-for-health-care-in-a-pandemic-why-isnt-the-world-bank-doing-more-to-help/>, consulté le 20 novembre 2020).

36. All foreign nationals in Iran receive free COVID-19 treatment. Tehran Times, 23 August 2020 (<https://www.tehrantimes.com/news/451616/All-foreign-nationals-in-Iran-receive-free-COVID-19-treatment>, consulté le 20 novembre 2020).
37. Soyly R. Coronavirus: Turkey makes treatment and medicine totally free of charge. Middle East Eye, 14 April 2020 (<https://www.middleeasteye.net/news/coronavirus-turkey-free-hospital-treatment-medicine>, consulté le 20 novembre 2020).
38. Psyllides G. Anastasiades calls full implementation of Gesy a “historic day”. Cyprus Mail, 1 June 2020 (<https://cyprus-mail.com/2020/06/01/anastasiades-calls-full-implementation-of-gesy-a-historic-day/>, consulté le 20 novembre 2020).
39. Hunter Q. Ramphosa says govt’s Covid-19 response is preparing country for NHI. news24, 1 June 2020 (<https://www.news24.com/news24/southafrica/news/ramaphosa-says-govts-covid-19-response-is-preparing-country-for-nhi-20200601>, consulté le 20 novembre 2020).
40. Bhuyan A. Covid-19 patients forced to pay out of pocket as insurers and hospitals fight over bills. Scroll.in, 1 October 2020 (<https://scroll.in/article/974411/covid-19-patients-forced-to-pay-out-of-their-pocket-as-insurers-and-hospitals-fight-over-bills>, consulté le 20 novembre 2020).
41. Kliff S. A \$52,112 air ambulance ride: coronavirus patients battle surprise bills. The New York Times, 13 October 2020 (<https://www.nytimes.com/2020/10/13/upshot/coronavirus-surprise-medical-bills.html>, consulté le 20 novembre 2020).
42. Jaliha S. India coronavirus dispatch: Pvt hospitals overcharge despite govt orders. Business Standard, 11 August 2020 (https://www.business-standard.com/article/current-affairs/india-coronavirus-dispatch-pvt-hospitals-overcharge-despite-govt-orders-120081100888_1.html, consulté le 20 novembre 2020).
43. Covid-19: Hospital in Maharashtra’s Jalna asked to deposit overcharged amount in CM’s Relief Fund. Hindustan Times, 8 September 2020 (<https://www.hindustantimes.com/mumbai-news/covid-19-hospital-in-maharashtra-s-jalna-asked-to-deposit-overcharged-amount-in-cm-s-relief-fund/story-6rkfwilrX9CFvzXpIC6K6l.html>, consulté le 20 novembre 2020).
44. Mhango H. Malawi’s public hospitals close as medics strike over lack of funding for Covid-19. The Telegraph, 24 April 2020 (<https://www.telegraph.co.uk/global-health/science-and-disease/malawis-public-hospitals-close-medics-strike-lack-funding-covid/>, consulté le 20 novembre 2020).
45. Nigerian health workers end strike despite no coronavirus hazard pay. Reuters, 21 September 2020 (<https://uk.reuters.com/article/uk-health-coronavirus-nigeria/nigerian-health-workers-end-strike-despite-no-coronavirus-hazard-pay-idUKKCN26C2B7>, consulté le 20 novembre 2020).
46. Rapalo M. Peru COVID-19: Healthcare workers strike, demanding better conditions. Al Jazeera, 1 October 2020 (https://www.youtube.com/watch?v=1_Masij32lw, consulté le 20 novembre 2020).

47. <https://www.france24.com/en/france/20201015-health-workers-in-france-go-on-strike-as-coronavirus-cases-surge>, consulté le 20 novembre 2020).
48. Slattery G, Brito R. The ventilators never came. How graft hampered Brazil's COVID-19 response. Reuters, 25 September 2020 (<https://uk.reuters.com/article/us-health-coronavirus-brazil-corruption-idUKKCN26G1EW>, consulté le 20 novembre 2020).
49. Pedroso R, Reverdosa M, Barnes T. As coronavirus cases explode in Brazil, so do investigations into alleged corruption. CNN, 8 July 2020 (<https://edition.cnn.com/2020/07/08/americas/brazil-coronavirus-corruption-intl/index.html>, consulté le 20 novembre 2020).
50. Maylie D. As apparel orders drop, one manufacturer in Africa turns to PPE. Washington DC: International Finance Corporation; 2020 (https://www.ifc.org/wps/wcm/connect/region__ext_content/ifc_external_corporate_site/sub-saharan+africa/news/as+apparel+orders+drop%2C+one+manufacturer+in+africa+turns+to+ppe, consulté le 20 novembre 2020).
51. Providing health care remotely during COVID-19. Canberra: Australian Government; 2020 (<https://www.health.gov.au/news/health-alerts/novel-coronavirus-2019-ncov-health-alert/coronavirus-covid-19-advice-for-the-health-and-disability-sector/providing-health-care-remotely-during-covid-19>, consulté le 20 novembre 2020).
52. Angus D, Connolly M, Salita M, Firor P. The shift to virtual care in response to COVID-19. Canberra: PriceWaterhouseCoopers; 2020 (<https://www.pwc.com.au/important-problems/business-economic-recovery-coronavirus-covid-19/shift-virtual-care-response.html>, consulté le 20 novembre 2020).
53. Mebtoul T. Morocco allocates \$342 million to health sector amid COVID-19 crisis. Morocco World News, 20 October 2020 (<https://www.moroccoworldnews.com/2020/10/323203/morocco-allocates-342-million-to-health-sector-amid-covid-19-crisis/>, consulté le 20 novembre 2020).
54. Ryan N. "We must grasp the nettle": the health service is getting an unprecedented €4bn boost. Thejournal.ie, 13 October 2020 (<https://www.thejournal.ie/health-service-budget-2021-four-billion-5231673-Oct2020/>, consulté le 20 novembre 2020).
55. Abu A, Jimoh AM, Olaniyi S, Omolaoye S, Nwannekanma B, Olatunji K, et al. Outrage over cut in health education budgets. The Guardian Nigeria, 4 June 2020 (<https://guardian.ng/news/outrage-over-cut-in-health-education-budgets/>, consulté le 20 novembre 2020).
56. Carsten P, Eboh C. Nigeria proposes steep basic healthcare budget cuts despite coronavirus. Reuters, 5 June 2020 (<https://uk.reuters.com/article/health-coronavirus-nigeria/nigeria-proposes-steep-basic-healthcare-budget-cuts-despite-coronavirus-idUSL8N2DI3QF>, consulté le 20 novembre 2020).
57. Coronavirus et précarité : ce que révèle la mobilisation de la société civile. Paris : Secours catholique–Caritas ; 2020 (<https://www.secours-catholique.org/actualites/coronavirus-et-precarite-ce-que-revele-la-mobilisation-de-la-societe-civile>, consulté le 20 novembre 2020).

58. Beardmore S, Gibbons M. Civil society has a crucial role to play in the response to the coronavirus pandemic. Washington DC: Global Partnership for Education; 2020 (<https://www.globalpartnership.org/blog/civil-society-has-crucial-role-play-response-coronavirus-pandemic>, consulté le 20 novembre 2020).
59. “Leaving no one behind”: Delivering on the promise of health for all. Reflections of the civil society engagement mechanism for UHC2030 on the primary health care on the road to universal health coverage 2019 monitoring report. Geneva: UHC2030; 2019 (https://www.uhc2030.org/fileadmin/uploads/uhc2030/Documents/Key_Issues/UHC2030_civil_society_engagement/CSEM_GMR_Commentary_2019_EN_WEB.pdf, consulté le 20 novembre 2020).
60. UN HLM on UHC country advocacy meetings. Geneva: UHC2030; 2020 (<https://csemonline.net/un-hlm-on-uhc-country-advocacy-meetings-argentina/>, consulté le 20 novembre 2020).
61. Brechenmacher S, Carothers T, Youngs R. Civil society and the coronavirus: dynamism despite disruption. Washington DC: Carnegie Endowment for International Peace; 2020 (<https://carnegieendowment.org/2020/04/21/civil-society-and-coronavirus-dynamism-despite-disruption-pub-81592>, consulté le 20 novembre 2020).
62. Izcurdia J. Confronting COVID: how civil society is responding across countries. Argentina. Argentina: Comprehensive tax reforms necessary to overcome inequalities unearthed by the pandemic. New York City (NY): The Center for Economic and Social Rights; 2020 (<https://www.cesr.org/confronting-covid-how-civil-society-responding-across-countries-argentina>, consulté le 20 novembre 2020).
63. Parravani E. How civil society overturned Buenos Aires’ age-based isolation policy. HelpAge International; 2020 (<https://www.helpage.org/blogs/ellie-parravani-30707/how-civil-society-overturned-buenos-aires-agebased-isolation-policy-1123/>, consulté le 20 novembre 2020).
64. Argentina: We must counter any attempt to go back to the injustices and privileges of the pre-pandemic era. Johannesburg: Civicus; 2020 (<https://www.civicus.org/index.php/media-resources/news/interviews/4507-argentina-we-must-counter-any-attempt-to-go-back-to-the-injustices-and-privileges-of-the-pre-pandemic-era>, consulté le 20 novembre 2020).
65. Tobas F. El modelo de salud argentino: historia, características, fallas [The Argentine health model: history, characteristics, failures]. Buenos Aires: Ministry of Health; 2020 (<http://www.salud.gov.ar/dels/entradas/el-modelo-de-salud-argentino-historia-caracteristicas-fallas>, consulté le 20 novembre 2020).
66. About us. Suva: Ministry of Health and Medical Services; 2020 (www.health.gov.fj/about-us/, consulté le 20 novembre 2020).
67. Fiji celebrates 40 years of primary health care towards universal health coverage. Manila: World Health organization for the Western Pacific; 2018 (<https://www.who.int/westernpacific/about/how-we-work/pacific-support/news/detail/07-04-2018-fiji-celebrates-40-years-of-primary-health-care-towards-universal-health-coverage>, consulté le 20 novembre 2020).
68. How to build back better after the COVID-19 crisis? A practical approach applied to Fiji. Washington DC: The World Bank; 2020 (<https://www.worldbank.org/en/news/immersive-story/2020/09/17/how-to-build-back-better-after-the-covid-19-crisis-a-practical-approach-applied-to-fiji>, consulté le 20 novembre 2020).

69. Media alert – opening ceremony of the COVID-19 CSO Alliance Humanitarian response Centre. Fiji Women’s Rights Movement; 10 August 2020 (<https://www.facebook.com/notes/fiji-womens-rights-movement/media-alert-opening-ceremony-of-the-covid-19-cso-alliance-humanitarian-response-/10222081003309536/>, consulté le 20 novembre 2020).
70. Howes S. Australia leaves Fiji to flounder. DevPolicy Blog. Canberra: Development Policy Centre, Crawford School of Public Policy, College of Asia and the Pacific, The Australian National University, 23 September 2020 (<https://devpolicy.org/australia-leaves-fiji-to-flounder-20200923/>, consulté le 20 novembre 2020).
71. Howes S, Surandiran S. What are Pacific governments spending on in response to COVID-19? DevPolicy Blog. Canberra: Development Policy Centre, Crawford School of Public Policy, College of Asia and the Pacific, The Australian National University, 24 August 2020 (<https://devpolicy.org/what-are-pacific-governments-spending-on-in-response-to-covid-19-20200824/>, consulté le 20 novembre 2020).
72. Australian Humanitarian Partnership. Civil society integral to Fiji’s COVID-19 response. PreventionWeb, 29 July 2020. Geneva: United Nations Office for Disaster Risk Reduction (<https://www.preventionweb.net/news/view/72959>, consulté le 20 novembre 2020).
73. COVID-19: World Bank boost for Fiji’s health sector. Press release, 25 June 2020. Washington DC: The World Bank (<https://www.worldbank.org/en/news/press-release/2020/06/25/covid-19-coronavirus-world-bank-boost-for-fijis-health-sector>, consulté le 20 novembre 2020).
74. Les gouvernements européens doivent garantir l’accès en temps voulu et en toute sécurité à des soins d’avortement durant la pandémie de COVID-19. Déclaration conjointe de la société civile, 7 avril 2020. Londres : Amnesty International ; 2020 (<https://www.amnesty.org/download/Documents/EUR0120872020FRENCH.PDF>, consulté le 20 novembre 2020).
75. Sobel L, Ramaswamy A, Fredericksen B, Salganicoff A. State action to limit abortion access during the COVID-19 pandemic. San Francisco (CA): Kaiser Family Foundation; 2020 (<https://www.kff.org/coronavirus-covid-19/issue-brief/state-action-to-limit-abortion-access-during-the-covid-19-pandemic/>, consulté le 20 novembre 2020).
76. Mohdin A. Relaxation of UK abortion rules welcomed by experts. The Guardian, 30 March 2020 (<https://www.theguardian.com/world/2020/mar/30/relaxation-of-uk-abortion-rules-welcomed-by-experts-coronavirus>, consulté le 20 novembre 2020).
77. Tellier S, editor. Sexual reproductive health and rights. Agreements and disagreements. A background document of the evidence base. Seventh edition. Copenhagen: Working Group on Reproductive Health and Rights; 2016 (<https://womens.dk/wp-content/uploads/2015/11/SRHR-Background-paper-2016-Dec-kopi.pdf>, consulté le 20 novembre 2020).
78. Smith J. Overcoming the “tyranny of the urgent”: integrating gender into disease outbreak preparedness and response. *Gender Dev.* 2019;27(2):355–69.
79. Wenham C, Smith J, Morgan R, on behalf of the Gender and COVID-19 Working Group. COVID-19: the gendered impacts of the outbreak. *Lancet.* 2020;395(10227):846–8.
80. Eklund L, Tellier S. Gender and international crisis response: do we have the data, and does it matter? *Disasters.* 2012;36(4):589–608.

81. The COVID-19 sex-disaggregated data tracker. The Sex, Gender and COVID-19 Project. London: University College London, Global Health 5050; 2020 (<https://globalhealth5050.org/the-sex-gender-and-covid-19-project/the-data-tracker/>, consulté le 20 novembre 2020).
82. Weekly epidemiological update, 20 October 2020. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://www.who.int/publications/m/item/weekly-epidemiological-update---20-october-2020>, consulté le 20 novembre 2020).
83. Vogelstein RB, Bro A. Women's power index. New York City (NY): Council on Foreign Relations; 2020 (<https://www.cfr.org/article/womens-power-index>, consulté le 20 novembre 2020).
84. Garikipati S, Kambhampati U. Leading the fight against the pandemic: Does gender “really” matter? Rochester (NY): SSRN; 2020 (https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3617953, consulté le 20 novembre 2020).
85. Maclean K. Women leaders and coronavirus: look beyond stereotypes to find the secret to their success. *The Conversation*, 29 June 2020 (<https://theconversation.com/women-leaders-and-coronavirus-look-beyond-stereotypes-to-find-the-secret-to-their-success-141414>, consulté le 20 novembre 2020).
86. Lewis H. The pandemic has revealed the weakness of strongmen. *The Atlantic*, 6 May 2020 (<https://www.theatlantic.com/international/archive/2020/05/new-zealand-germany-women-leadership-strongmen-coronavirus/611161/>, consulté le 20 novembre 2020).
87. Wieler L, Rexroth U, Gottschalk R. Emerging COVID-19 success story: Germany's strong enabling environment. Seattle (WA): Exemplars in Global Health; 2020 (<https://ourworldindata.org/covid-exemplar-germany>, consulté le 20 novembre 2020).
88. COVID-19 press conference, 13 March 2020. Geneva: World Health Organization; 2020 (https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/transcripts/who-transcript-emergencies-coronavirus-press-conference-full-13mar2020848c48d2065143bd8d07a1647c863d6b.pdf?sfvrsn=23dd0b04_2, consulté le 20 novembre 2020).
89. Asthana S, Davies SE, Dhatt R, Keeling A, Lal A, Phelan A, et al. Gender and COVID-19 project and women in global health. Strengthen gender mainstreaming in WHO's pandemic preparedness and response, policy brief. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://www.genderandcovid-19.org/wp-content/uploads/2020/10/Strengthen-gender-mainstreaming-in-WHOs-pandemic-preparedness-and-response.pdf>, consulté le 20 novembre 2020).
90. Banik A, Nag T, Roy Chowdhury S, Chatterjee R. Why do COVID-19 fatality rates differ across countries? An explorative cross-country study based on select indicators. *Global Business Rev.* 2020;21(3):607–25.
91. Middelburg RA, Rosendaal FR. COVID-19: How to make between-country comparisons. *Int J Infect Dis.* 2020;96:477–1.
92. Crosby A, Dieleman JL, Kiernan S, Bollyky TJ. All bets are off for measuring pandemic

preparedness. Think Global Health. New York City (NY): Council on Foreign Relations; 2020 (<https://www.thinkglobalhealth.org/article/all-bets-are-measuring-pandemic-preparedness>, consulté le 20 novembre 2020).

- 93.** BMA Media Team. Thousands of doctors unable to offer patients the desperate care they need as a result of COVID-19 pandemic, BMA survey finds. London: British Medical Association; 2020 (<https://www.bma.org.uk/bma-media-centre/thousands-of-doctors-unable-to-offer-patients-the-desperate-care-they-need-as-a-result-of-covid-19-pandemic-bma-survey-finds>, consulté le 20 novembre 2020).
- 94.** Peters DH, Hanssen O, Gutierrez J, Abrahams J, Nyenswah T. Financing common goods for health: core government functions in health emergency and disaster risk management. *Health Syst Reform*. 2019;5(4):307–21.
- 95.** Elliott L. IMF estimates global Covid cost at \$28tn in lost output. *The Guardian*, 13 October 2020 ([https://www.theguardian.com/business/2020/oct/13/imf-covid-cost-world-economic-outlook#:~:text=The%20International%20Monetary%20Fund%20has,21.5tn\)%20in%20lost%20output](https://www.theguardian.com/business/2020/oct/13/imf-covid-cost-world-economic-outlook#:~:text=The%20International%20Monetary%20Fund%20has,21.5tn)%20in%20lost%20output), consulté le 20 novembre 2020).
- 96.** Voluntary national reviews database. New York City (NY): United Nations, Division for Sustainable Development Goals; 2020 (<https://sustainabledevelopment.un.org/vnrs/>, consulté le 20 novembre 2020).
- 97.** 2017 HLPF thematic review of SDG3: Ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages. New York City (NY): United Nations, High-level Political Forum on Sustainable Development; 2017 (https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/14367SDG3format-rev_MD_OD.pdf, consulté le 20 novembre 2020).
- 98.** Knowledge exchange on approaches and tools for the voluntary national reviews. Summary of approaches and tools. New York City (NY): United Nations; 2020 (https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/25361Knowledge_Exchange_Booklet_for_2020_VNR_Countries.pdf, consulté le 20 novembre 2020).
- 99.** Knowledge exchange on approaches and tools for the VNRs. Summary of approaches and tools. 17 October 2018, Geneva, Switzerland. New York City (NY): United Nations; 2018 (https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/21099KNOWLEDGE_EXCHANGE_Leaflet_FINAL_for_distribution.pdf, consulté le 20 novembre 2020).
- 100.** Resources & toolkits. Action for Sustainable Development; 2020 (<https://action4sd.org/resources-toolkits/>, consulté le 20 novembre 2020).
- 101.** Gómez EJ. Civil society in global health policymaking: a critical review. *Globalization Health*. 2018;14:73.
- 102.** Lee K. Civil society organizations and the functions of global health governance: What role within intergovernmental organizations? *Global Health Gov*. 2010;3(2):http://blogs.shu.edu/ghg/files/2011/11/Lee_Civil-Society-Organizations-and-the-Functions-of-Global-Health-Governance_Spring-2010.pdf.

- 103.** Civil Society Engagement Mechanism. Medford (MA): Management Sciences for Health; Nairobi: WACI Health; 2020 (<https://cseonline.net>, consulté le 20 novembre 2020).
- 104.** Forum économique mondial, au nom du groupe du secteur privé auprès de la CSU2030. Blog : Accès et innovation : deux points à considérer dans la réponse du secteur privé au COVID-19, 18 mai 2020. Genève : CSU2030; 2020 (<https://www.uhc2030.org/fr/nouvelles-et-evenements/uhc2030-blog/access-and-innovation-two-issues-for-the-private-sectors-response-to-covid-19-555360/>, consulté le 20 novembre 2020).
- 105.** Rajan D, Koch K, Rohrer K, Bajnoczki C, Socha A, Voss M, et al. Governance of the Covid-19 response: a call for more inclusive and transparent decision-making. *BMJ Global Health*. 2020;5(5):e002655.
- 106.** Koonin G, Rajan D, Monteforte E, Nicod M. Guest article: Covid-19 – a test for political leaders to truly leave no one behind. New York City (NY): United Nations, Department of Economic and Social Affairs; 2020 (<https://www.un.org/development/desa/en/news/nocat-uncategorized/covid-19-a-test-for-political-leaders.html>, consulté le 20 novembre 2020).
- 107.** Blog : Les initiatives apparentées à la CSU2030 appuient des messages importants et encouragent à mieux comprendre les systèmes de santé et la riposte au COVID-19, 22 septembre 2020. Genève : CSU2030 ; 2020 (<https://www.uhc2030.org/fr/nouvelles-et-evenements/nouvelles-uhc2030/experiences-and-insights-on-health-policy-and-systems-responses-to-covid-19-555412/>, consulté le 20 novembre 2020).
- 108.** Clarke D, Doerr S, Hunter M, Schmets G, Soucat A, Paviza A. The private sector and universal health coverage. *Bull World Health Organ*. 2019;97:434–5.
- 109.** Groupe d'amis de la CSU. Genève : CSU2030 ; 2019 (<https://www.uhc2030.org/fr/un-hlm-2019/groupe-d%e2%80%99amis-de-la-csu/>, consulté le 20 novembre 2020).
- 110.** Press release: Minister Motegi Toshimitsu co-hosted ministerial meeting of Group of Friends of Universal Health Coverage (UHC), 8 October 2020. Tokyo: Ministry of Foreign Affairs of Japan; 2020 (https://www.mofa.go.jp/press/release/press4e_002929.html, consulté le 20 novembre 2020).
- 111.** Lettre datée du 26 octobre 2020, adressée au Secrétaire général et au Président de l'Assemblée générale par les Représentants permanents de la Géorgie, du Japon et de la Thaïlande auprès de l'Organisation des Nations Unies (A/75/550). New York : Nations Unies ; 2020 (<https://undocs.org/fr/A/75/550>, consulté le 20 novembre 2020).
- 112.** UHC joint statement to the UN Deputy Secretary-General. New York City (NY): Permanent Mission of Japan to the United Nations; 2020 (https://www.un.emb-japan.go.jp/itpr_en/pressreleases_110920.html, consulté le 20 novembre 2020).
- 113.** The Access to COVID-19 Tools (ACT) Accelerator. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://www.who.int/initiatives/act-accelerator>, consulté le 20 novembre 2020).
- 114.** Clarke D, Hellowell M, O'Hanlon B, Eldridge C. All hands on deck: mobilising the private sector for the COVID-19 response. Geneva: UHC2030; 7 April 2020 (<https://www.uhc2030.org/blog-news-events/uhc2030-blog/all-hands-on-deck-mobilising-the-private-sector-for-the-covid-19-response-555347/>, consulté le 22 novembre 2020).

UHC2030



www.UHC2030.org



[@UHC2030](https://twitter.com/UHC2030)



info@UHC2030.org



© 2020 CSU2030

Les appellations employées dans cette publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent, de la part de la CSU2030, aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention d'entreprises et de produits commerciaux n'implique pas que ces entreprises et produits commerciaux sont agréés ou recommandés par la CSU2030, de préférence à d'autres, de nature similaire, qui ne sont pas mentionnés.

La CSU2030 a pris toutes les précautions voulues pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas la CSU2030 ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

Le matériel contenu dans la présente publication est protégé par le droit d'auteur de la CSU2030. Il peut être utilisé gratuitement pour la recherche et pour les activités sans but lucratif à condition d'en citer l'origine et la source.