

**Systemes de santé
pour une couverture
santé universelle – une
vision commune pour
la santé de tous**



**Organisation
mondiale de la Santé**



GROUPE DE LA BANQUE MONDIALE

CSU 2030

Partenariat international de la santé

Systèmes de santé pour une couverture santé universelle – une vision commune pour la santé de tous [Healthy systems for universal health coverage – a joint vision for healthy lives]

ISBN 978-92-4-251252-6

© Organisation mondiale de la Santé et la Banque internationale pour la reconstruction et le développement/La Banque mondiale 2018

Certains droits réservés. La présente publication est disponible sous la licence Creative Commons Attribution – Pas d'utilisation commerciale – Partage dans les mêmes conditions 3.0 IGO ([CC BY NC-SA 3.0 IGO](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/)).

Aux termes de cette licence, vous pouvez copier, distribuer et adapter l'œuvre à des fins non commerciales, pour autant que l'œuvre soit citée de manière appropriée, comme il est indiqué ci-dessous. Dans l'utilisation qui sera faite de l'œuvre, quelle qu'elle soit, il ne devra pas être suggéré que l'OMS ou La Banque mondiale approuve une organisation, des produits ou des services particuliers. L'utilisation de l'emblème de l'OMS ou La Banque mondiale est interdite. Si vous adaptez cette œuvre, vous êtes tenu de diffuser toute nouvelle œuvre sous la même licence Creative Commons ou sous une licence équivalente. Si vous traduisez cette œuvre, il vous est demandé d'ajouter la clause de non responsabilité suivante à la citation suggérée : « La présente traduction n'a pas été établie par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) ou la Banque internationale pour la reconstruction et le développement/ La Banque mondiale. En aucun cas, l'OMS ou La Banque mondiale ne sauraient être tenues pour responsables du contenu ou de l'exactitude de la présente traduction. L'édition originale anglaise est l'édition authentique qui fait foi ».

Toute médiation relative à un différend survenu dans le cadre de la licence sera menée conformément au Règlement de médiation de l'Organisation mondiale de la propriété intellectuelle (<http://www.wipo.int/amc/en/mediation/rules>).

Citation suggérée. Des systèmes sains pour une couverture santé universelle – une vision commune pour des vies saines [Healthy systems for universal health coverage – a joint vision for healthy lives]. Genève : Organisation mondiale de la Santé et la Banque internationale pour la reconstruction et le développement/ La Banque mondiale; 2018. Licence : [CC BY-NC-SA 3.0 IGO](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/).

Catalogue à la source. Disponible à l'adresse <http://apps.who.int/iris>.

Ventes, droits et licences. Pour acheter les publications de l'OMS, voir <http://apps.who.int/bookorders>. Pour soumettre une demande en vue d'un usage commercial ou une demande concernant les droits et licences, voir <http://www.who.int/about/licensing>.

Matériel attribué à des tiers. Si vous souhaitez réutiliser du matériel figurant dans la présente œuvre qui est attribué à un tiers, tel que des tableaux, figures ou images, il vous appartient de déterminer si une permission doit être obtenue pour un tel usage et d'obtenir cette permission du titulaire du droit d'auteur. L'utilisateur s'expose seul au risque de plaintes résultant d'une infraction au droit d'auteur dont est titulaire un tiers sur un élément de la présente œuvre.

Clause générale de non responsabilité. Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'OMS ou La Banque mondiale 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 traits discontinus formés d'une succession de points ou de tirets sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux ne signifie pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'OMS ou La Banque mondiale, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'OMS et La Banque mondiale ont pris toutes les précautions raisonnables 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 et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'OMS ou La Banque mondiale ne sauraient être tenues responsables des préjudices subis du fait de son utilisation.

Les résultats, interprétations et conclusions exprimées dans le présent document ne reflètent pas nécessairement les vues de l'OMS ou La Banque mondiale, les directeurs exécutifs de La Banque mondiale ou des gouvernements qu'ils représentent. La Banque mondiale ne garantit pas l'exactitude des données incluses dans ce travail.

Imprimé en Suisse.

Photo de couverture : © 2013 Valerie Caldas, avec l'aimable autorisation de Photoshare.

Systèmes de santé pour une couverture santé universelle – une vision commune pour la santé de tous



La CSU2030 est le mouvement mondial qui souhaite construire des systèmes de santé solides pour une couverture santé universelle

La CSU2030 offre une plateforme pluripartite pour promouvoir le travail collectif dans les pays et à l'échelle mondiale sur le renforcement des systèmes de santé. Nous préconisons un engagement politique accru en faveur de la CSU et nous facilitons la redevabilité et le partage des connaissances.

www.UHC2030.org

✉ info@UHC2030.org

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

#UHC2030



Table des matières

Résumé analytique.....	6
1. Introduction.....	8
2. Systèmes de santé performants..... et points d'entrée pour l'action politique	11
2.1 Prestation des services	13
2.2 Financement de la santé	16
2.3 Gouvernance	18
3. Le renforcement des systèmes de santé..... pour la CSU : grands principes d'action	21
Références	24

Résumé analytique

Le présent document propose une vision commune du renforcement des systèmes de santé (RSS) pour parvenir à une couverture santé universelle (CSU). Il est destiné à devenir un document de référence majeur pour la CSU2030, ainsi qu'une ressource plus large pour la communauté internationale afin de guider la collaboration sur le programme du RSS et de la CSU.

La vision souligne les dimensions de la performance des systèmes de santé et les points d'entrée politiques pour promouvoir la CSU par le biais du RSS, notamment des activités capitales pour aller de l'avant et des principes pour guider l'action.

Le renforcement des systèmes de santé devrait se centrer sur cinq dimensions de la performance des systèmes de santé :

- l'équité
- la qualité
- la réactivité
- l'efficacité
- la résilience

© 2017 Riccardo Gangale, Avec l'aimable autorisation de Photoshare

Pour améliorer la performance des systèmes de santé, il faut une action nationale, régionale et internationale dans trois domaines politiques liés des systèmes de santé :

La prestation des services

- Élargir les services de première ligne, en particulier les soins de santé primaires
- Accroître l'investissement en faveur d'agents de santé qualifiés
- Élargir l'accès aux médicaments et technologies de santé
- Innover pour répondre aux besoins sanitaires des groupes vulnérables et marginalisés
- Renforcer la collaboration avec les prestataires non étatiques
- Améliorer la sécurité des patients et la qualité des services de santé
- Appliquer le Règlement sanitaire international et des modèles de prestation de services qui favorisent la résilience
- Appuyer l'action multisectorielle pour traiter les déterminants sociaux de la santé

Le financement de la santé

- Mobiliser des ressources par une taxation progressive et donner la priorité à la santé, dans un cadre macroéconomique durable
- Élargir les dispositions de mise en commun des fonds pour améliorer la protection financière de tous
- Pratiquer des achats stratégiques pour relever la rentabilité des dépenses en santé, en se concentrant sur les biens publics et la santé publique

Gouvernance

- Soutenir les plateformes de citoyens et les mécanismes de participation populaire
- Promouvoir la liberté d'information et l'utilisation accrue de données de qualité
- Adopter des cadres juridiques qui étayent l'accès à des services de santé de qualité
- Mettre en place des plateformes de dialogue politique pour l'action multisectorielle
- Encourager les mécanismes régionaux et internationaux pour l'action collective et le partenariat
- Renforcer la recherche et le développement, y compris les mécanismes de transfert technologique

Il n'existe pas d'approche unique du RSS.

Les principes suivants ont été identifiés pour guider la hiérarchisation et la mise en œuvre du RSS :

- ne laisser personne de côté : une aspiration à l'équité et à la non-discrimination, et une approche fondée sur les droits humains;
- la transparence et la redevabilité en matière de résultats ;
- des stratégies nationales à base factuelle et le leadership des pays ;
- faire en sorte que les systèmes de santé soient l'affaire de tous, avec la participation des citoyens, des communautés, de la société civile et du secteur privé ;
- une coopération internationale fondée sur l'apprentissage mutuel à travers les pays et sur les principes de l'efficacité du développement.



© 2017 Riccardo Gangale, Avec l'aimable autorisation de Photoshare

1 Introduction

La communauté internationale s'est engagée à réaliser la couverture santé universelle (CSU).

Quand les 193 États Membres de l'Organisation des Nations Unies ont adopté les objectifs de développement durable (ODD) à New York en 2015, ils ont défini un programme ambitieux pour un monde plus sûr, plus juste et en meilleure santé à l'horizon 2030. Les objectifs incluent un large éventail de cibles touchant différents secteurs. Le présent document porte sur l'une d'entre elles, qui est la promesse d'un monde en meilleure santé : la cible prévoyant de réaliser la CSU. L'inclusion de la CSU dans les ODD donne l'occasion de promouvoir une approche globale et cohérente de la santé, en se concentrant sur le renforcement des systèmes de santé.

La CSU est fondée sur le principe selon lequel tous les individus et toutes les communautés devraient avoir accès à des services de santé essentiels de qualité, sans que cela leur occasionne de difficultés financières¹.

Elle reconnaît que la santé est un droit de l'homme et que la CSU influe directement aussi bien sur la santé et le bien-être individuels que sur la santé globale de la population. En ayant accès aux services de santé et en les utilisant, les individus sont plus productifs et contribuent activement à leur famille, leur communauté et la société dans son ensemble. La CSU est aussi une manière de veiller à ce que les enfants puissent aller à l'école et s'instruire. En même temps, la protection contre les risques financiers évite aux personnes de tomber dans la pauvreté (ou de s'appauvrir), lorsqu'elles doivent payer de leur poche les services de santé, en particulier quand elles souffrent de maladies graves². Enfin, la CSU contribue non seulement à un meilleur état de santé (ODD 3), mais aussi à d'autres ODD, notamment la croissance économique et la création d'emplois (ODD 8)³, l'égalité des sexes (ODD 5), l'éducation (ODD 4), la nutrition (ODD 2) et la réduction de la pauvreté (ODD 1). Voir figure 1. En bref, la CSU est un élément capital du développement durable et de l'élimination de la pauvreté ; c'est la clé de voûte de tout effort pour réduire les inégalités sociales et sexospécifiques, de même qu'un signe de la volonté d'un gouvernement d'améliorer le bien-être de tous ses citoyens et de promouvoir la sécurité sanitaire et la cohésion sociale. Un engagement en faveur de la CSU suppose de s'attaquer aux déterminants sociaux, politiques et économiques de la santé, comme l'éducation, les conditions de vie et l'ensemble plus large de forces qui touchent la santé des gens et leur accès aux services. Par conséquent, même si la responsabilité d'atteindre la CSU incombe en premier lieu au secteur de la santé, une action multisectorielle est néanmoins requise.

Dans le monde, des progrès notables ont été enregistrés vers la CSU, mais des difficultés significatives demeurent.

Ces vingt dernières années, la plupart des régions du monde ont assisté à un élargissement de l'accès aux services de santé et de la couverture des interventions essentielles. La protection financière a aussi beaucoup progressé. Pourtant, dans de nombreux pays, de profonds écarts persistent dans la couverture, en particulier pour les pauvres et les segments marginalisés de la population. En dépit d'avancées pour réduire la charge des maladies transmissibles, dans nombre de régions du monde, les taux de malnutrition et de mortalité maternelle restent élevés, de même que les besoins insatisfaits de services de santé sexuelle et génésique. Parallèlement, la charge des maladies non transmissibles (MNT), comme le cancer, les maladies cardiovasculaires, le diabète et les maladies mentales, s'alourdit. Les MNT sont désormais la cause de 63% de la mortalité dans le monde, 80% de ces décès se produisant dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Les frais de santé à la charge des ménages demeurent coûteux dans beaucoup de pays et font basculer chaque année 100 millions de personnes dans la pauvreté.

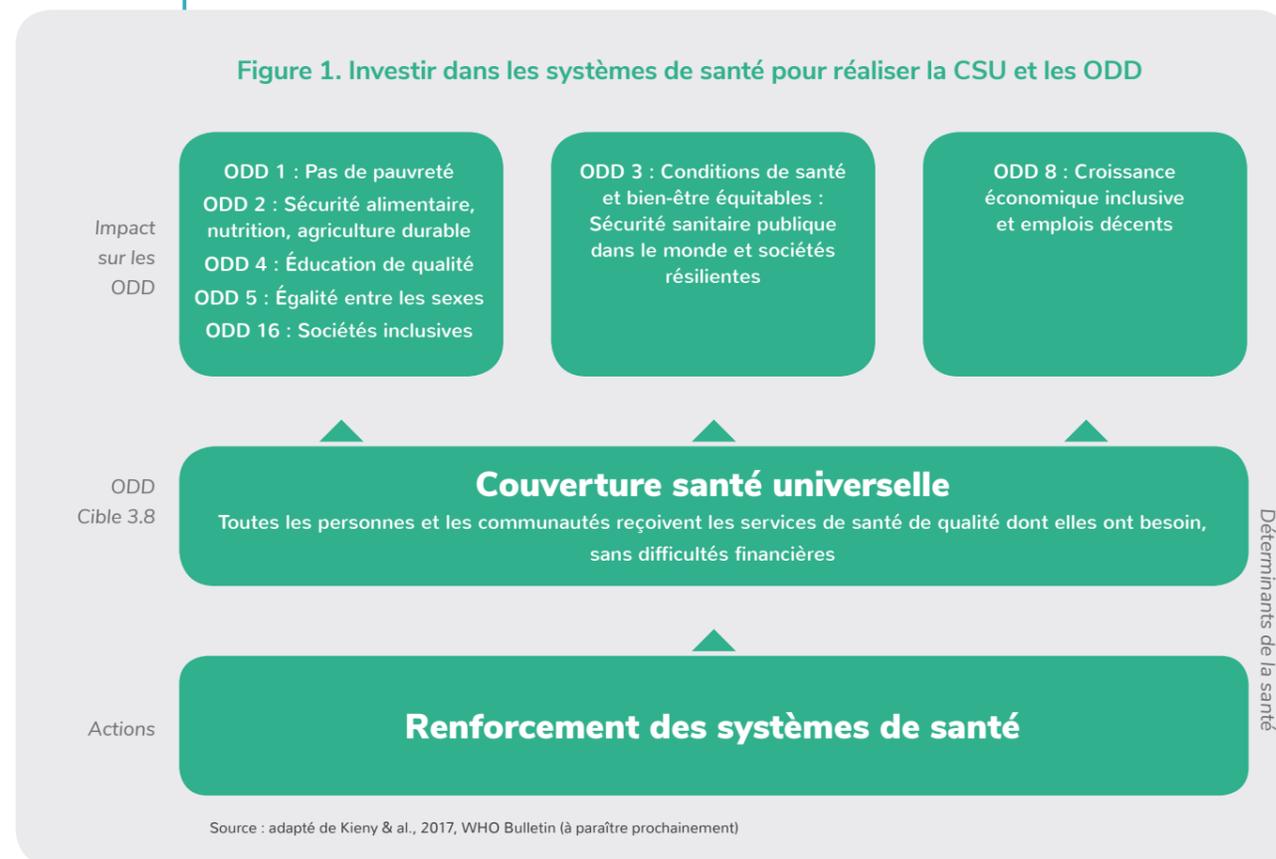
La CSU est aussi une question de sécurité mondiale.

Avec une mobilité sans précédent des personnes, des produits et des vivres, une multitude de micro-organismes responsables des maladies sont aussi de plus en plus mobiles. La résurgence mondiale de la dengue, la propagation planétaire de la tuberculose multirésistante et les récentes flambées de maladie à virus Ebola, d'infection par le coronavirus du syndrome respiratoire du Moyen-Orient, de grippe aviaire et de maladie à virus Zika ont montré comment les épidémies peuvent s'étendre rapidement en l'absence de systèmes de santé solides, réactifs et résilients, avec de graves conséquences sociales et économiques. Aucune nation n'est à l'abri de la menace mondiale croissante qui peut être posée par un foyer isolé de maladie infectieuse, dans un endroit apparemment retiré de la planète. Dotés de systèmes de santé solides, les pays sont mieux à même de prévenir, détecter et traiter efficacement les pandémies ou d'autres urgences de santé publique. Ils réduisent ainsi de manière spectaculaire les pertes en vies humaines, les bouleversements communautaires et les coûts économiques de ces événements.

Le RSS est essentiel pour parvenir à la CSU

On entend habituellement par système de santé toutes les organisations, institutions et ressources publiques et privées mandatées pour améliorer, conserver et restaurer la santé. Le RSS suppose d'investir de manière intégrée et systémique en faveur des contributions au système, mais aussi de réformer la structure qui détermine comment différentes parties du système de santé opèrent et interagissent pour répondre aux besoins de santé prioritaires avec des services intégrés et centrés sur la personne. Le RSS est donc le principal moyen de réaliser la CSU.

Figure 1. Investir dans les systèmes de santé pour réaliser la CSU et les ODD



Ces vingt dernières années, les pays ont fait des investissements substantiels en faveur du RSS dans la perspective de la CSU.

Dans l'ensemble, les investissements pour le RSS ont procuré des bénéfices impressionnants. Pourtant, les progrès vers la CSU ont été extrêmement variables, aussi bien entre pays et au sein de ceux-ci qu'entre les différentes dimensions de la CSU. Cela n'est guère surprenant, compte tenu de la complexité et de la nature spécifique au contexte des systèmes de santé. Néanmoins, les disparités dans les progrès renvoient aux difficultés inhérentes que rencontrent les pays pour classer par séquence et coordonner les activités de RSS. Les voies progressives vers l'universalité peuvent requérir des politiques et des stratégies qui abordent les arbitrages entre la couverture et l'équité pour garantir que les personnes qui n'ont pas accès à des services de qualité à un coût abordable obtiennent au moins autant que celles qui sont mieux dotées à chaque étape du parcours vers la couverture universelle.

À l'époque des OMD, des interventions de santé verticales, souvent financées par des fonds extérieurs, ont aidé à réduire la charge de plusieurs maladies infectieuses, notamment le VIH, la tuberculose et le paludisme.

Ces progrès se sont toutefois accompagnés de craintes que les investissements verticaux en faveur des priorités de santé ne soient pas accompagnés d'une attention suffisante au développement de capacités systémiques pour des biens publics et des secteurs de santé publique essentiels tels que l'information, la capacité des laboratoires, les chaînes d'approvisionnement et le personnel de santé⁴. La flambée de maladie à virus Ebola en Afrique de l'Ouest a été révélatrice à cet égard en montrant comment une épidémie peut s'étendre rapidement et poser de graves problèmes en l'absence d'un système de santé robuste, apte à réagir rapidement et de manière intégrée⁵. De plus, malgré des engagements en faveur de la coordination et de l'alignement sur les priorités et les systèmes gouvernementaux, conformément à la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide au développement et au Partenariat de Busan pour une coopération efficace au service du développement, le soutien au RSS financé par des fonds extérieurs a souvent été mal coordonné, ce qui a créé un chevauchement des activités et, dans certains cas, des visions concurrentes des priorités du système de santé.

Récemment, plusieurs initiatives ont été menées pour parvenir à un consensus sur les priorités du RSS et améliorer la coordination des activités de RSS.

L'OMS prodigue les orientations générales sur les systèmes de santé, y compris la priorité aux services axés sur la personne, les piliers des systèmes de santé et l'accent placé sur la consolidation des institutions et la transformation du système de santé pour répondre aux défis du XXI^e siècle. Un nombre croissant d'initiatives soutiennent cette vision. En 2015, le Gouvernement allemand a lancé un processus préconisant une harmonisation du renforcement des systèmes de santé⁶ et, en 2016, le Gouvernement japonais, qui assumait la présidence du G7, a annoncé la Vision du G7 à Ise-Shima pour la santé dans le monde⁷, qui a donné un aval politique aux principes clés de la CSU 2030. Également en 2016, dans la Déclaration de Nairobi de la sixième Conférence internationale de Tokyo sur le développement de l'Afrique (TICAD-VI)⁸, les pays africains et leurs partenaires du développement ont approuvé le document : « La CSU en Afrique : un cadre pour l'action »⁹. D'autres initiatives incluent des cadres de travail adoptés au niveau régional¹⁰. Le présent document se fonde sur ces activités pour proposer une vision commune du RSS en vue de parvenir à la CSU.

2 Systèmes de santé performants et points d'entrée pour l'action politique

Un RSS efficace pour promouvoir la CSU exige de la clarté et un consensus sur les objectifs de performance souhaités et les points d'entrée pour l'action politique.

Le RSS devrait se centrer sur cinq dimensions de la performance des systèmes de santé : i) équité ; ii) qualité ; iii) réactivité ; iv) efficacité ; et v) résilience. Ces dimensions reflètent le large consensus sur les objectifs de la performance entre les cadres établis d'évaluation des systèmes de santé¹¹⁻¹³. Contrairement à de précédentes approches, le cadre proposé ne fait pas la distinction entre les objectifs intermédiaires et finals. De plus, en réponse aux leçons tirées de récentes urgences de santé publique, il inclut aussi la résilience comme dimension essentielle de la performance des systèmes de santé.

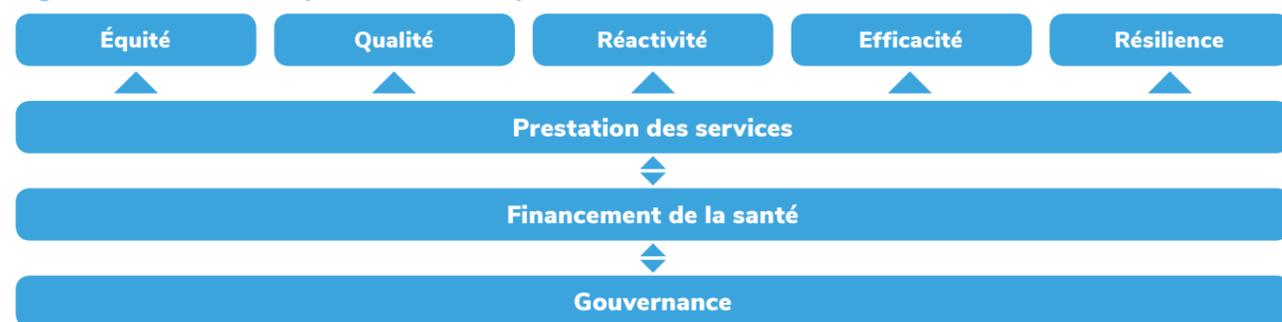
Un système de santé plus performant exige une action nationale, régionale et internationale dans trois domaines politiques liés des systèmes de santé : la prestation des services, le financement et la gouvernance.

Les cadres des systèmes de santé identifient les principaux sous-systèmes (parfois appelés « fondements »)¹⁴ qui sont soumis aux décisions politiques et sont des déterminants importants de la performance. Reconnaisant que les différents sous-systèmes interagissent, le présent document propose trois fonctions principales : gouvernance, financement et prestation des services (figure 2). Ces fonctions interagissent et influent conjointement sur les dimensions de la performance – souvent plus d'une. Par exemple, les progrès dans l'accès et la qualité des services peuvent dépendre des améliorations de la prestation des services, notamment de la gestion des ressources humaines et de la disponibilité de médicaments de qualité, ainsi que du financement et de la gouvernance. Prendre acte de ces interdépendances rend complexe la conception ou la réforme des systèmes, mais c'est une démarche capitale pour une approche systémique du RSS.

La hiérarchisation des activités de RSS pour la CSU variera, en fonction des contextes et besoins nationaux, mais elle doit être étayée par un engagement en faveur d'une approche fondée sur les droits.

Une approche fondée sur les droits repose sur l'obligation centrale de l'État de prendre des mesures pour veiller à ce que l'accès aux services de santé soit universel, en mettant particulièrement l'accent sur les groupes les plus pauvres, les plus vulnérables et les plus marginalisés, ainsi que sur le principe de la non-discrimination. Elle suppose que la promotion de la CSU aille de pair avec une volonté de corriger les inégalités et l'exclusion. De cette manière, une approche fondée sur les droits fournit non seulement un cadre pour la redevabilité, mais aussi pour la mise au point de politiques et programmes de santé inclusifs, et elle permet de mobiliser la société civile pour exercer le droit à la santé¹⁵.

Figure 2. Renforcer les systèmes de santé pour atteindre une couverture santé universelle



Dimensions de la performance des systèmes de santé

Équité. Un accès équitable aux services requis et une protection contre les difficultés financières sont les principales dimensions de la CSU et de la performance des systèmes de santé. La priorité accordée à l'équité montre que les progrès vers la CSU ne peuvent être évalués en se basant uniquement sur les moyennes nationales ; au contraire, les données ventilées sont importantes pour comprendre dans quelle mesure il existe des disparités systématiques dans l'accès, la couverture réelle et la charge financière associée aux services de santé (par exemple par sexe, âge, région géographique, éducation, revenu, origine ethnique, handicap, statut migratoire). Un système de suivi robuste, mais sensible, est essentiel pour déterminer si l'équité est réalisée. Le cadre de suivi de la CSU, mis au point par l'OMS et la Banque mondiale, couvre la promotion, la prévention, le traitement, la rééducation et les soins palliatifs. Ce cadre de suivi évalue aussi la protection contre le risque financier occasionné par les frais élevés à la charge des familles, à l'aide de l'incidence des paiements « catastrophiques » et des dépenses qui appauvrissent les ménages¹⁶.

Qualité. La qualité des soins de santé est « le degré auquel les services de soins de santé pour les individus et les populations accroissent la probabilité de résultats sanitaires désirés et cadrent avec les connaissances professionnelles actuelles »^{17,18}. Les lacunes dans la qualité – du point de vue de la sécurité, de l'efficacité, de la priorité accordée aux patients et de la ponctualité – aboutissent à des risques évitables pour les patients et à des performances des systèmes de santé inférieures à ce qui pourrait être obtenu avec les ressources disponibles.

Réactivité. Le concept de réactivité se réfère à la mesure dans laquelle un système de santé répond aux attentes et aux préférences de la population concernant des questions non sanitaires, notamment l'importance du respect de la dignité des personnes, de leurs préférences et croyances socio-culturelles, de leur autonomie et de la confidentialité des informations, en plus de satisfaire les besoins et les exigences des patients. Bien que la mesure et la définition de repères systématiques dans les pays et au niveau international présentent des difficultés non résolues, la réactivité est largement considérée comme une dimension clé d'un système de santé performant.

Efficacité. Au niveau le plus large, l'efficacité se rapporte à la mesure dans laquelle les apports disponibles (par exemple les dépenses et d'autres ressources du système de santé) créent le niveau de résultats sanitaires le plus élevé possible. Le manque d'efficacité dans un système de santé peut être dû au gaspillage ou à une médiocre performance opérationnelle dans la production des services de santé ou des résultats (inefficacité technique) ou encore à un choix sous-optimal des apports, comme une association de compétences professionnelles (inefficacité des allocations). Quelle qu'en soit la cause, la conséquence est que le système de santé obtient des résultats inférieurs à ceux qu'il aurait pu escompter.

Résilience. De récentes urgences de santé publique ont mis en évidence l'importance de la résilience des systèmes de santé. Même si la résilience n'a pas de définition officiellement acceptée, on entend ici « la capacité des acteurs de la santé, des institutions et des populations à se préparer et à répondre efficacement aux crises, à maintenir des fonctions essentielles quand une crise se déclenche et, guidés par les leçons tirées pendant la crise, à procéder à une réorganisation si les conditions l'exigent ».¹⁹

2.1

Prestation de services

Domaine d'action 1 dans les systèmes de santé : la prestation des services

La prestation des services est la principale interface entre le système de santé et la population.

La CSU signifie que tous les individus et toutes les communautés reçoivent l'éventail complet des soins dont ils ont besoin, depuis la promotion de la santé à la prévention, au traitement, à la rééducation et aux soins palliatifs. Il est aussi important d'élargir l'accès à des services de santé spécialisés essentiels et aux systèmes d'aiguillage des patients. La prestation des services inclut donc une vaste palette de prestataires de soins de santé, mais aussi des institutions de santé publique et d'autres acteurs qui sont responsables de fonctions essentielles de santé publique et de la mise à disposition de produits sanitaires pour réduire les inégalités dans l'état de santé. Le Cadre de l'OMS pour des services de santé intégrés centrés sur la personne²⁰ présente la vision d'un avenir dans lequel tous les individus, même les plus marginalisés et les plus démunis, auront accès à des services de santé de qualité assurés de manière coordonnée autour de leurs besoins, dans le respect de leurs préférences, et qui seront sûrs, efficaces, ponctuels, abordables et de qualité acceptable. Avec les demandes croissantes amenées par les transitions démographiques et épidémiologiques, les possibilités et les difficultés engendrées par des technologies qui évoluent sans cesse et les attentes en hausse des usagers quant à ce que leur service de santé devrait leur apporter, tous les systèmes de santé doivent s'adapter en permanence pour faire face à la situation efficacement, de manière durable et inclusive.

Dans la majorité des environnements, l'efficacité et l'équité dans la prestation des services de santé exigent d'accorder une priorité accrue aux services de première ligne, en particulier aux soins de santé primaires (SSP)²¹.

Des services de première ligne solides sont essentiels pour progresser sur les cinq dimensions des systèmes de santé performants. Plus précisément, les plateformes communautaires, y compris le travail en équipe multidisciplinaire et les communautés de pratique sur l'action multisectorielle pour la santé, offrent des moyens d'un bon rapport coût-efficacité de répondre à nombre des défis sociaux et sanitaires de tous les groupes de population, notamment les personnes âgées. Ces mécanismes peuvent jouer un rôle important pour améliorer la résilience en cas de crise, élargir la couverture des interventions des soins de santé essentiels et garantir l'utilisation appropriée des technologies de santé. La mise en place de services de première ligne solides requiert habituellement d'associer des dispositions organisationnelles qui mettent la personne au centre de l'attention et de combiner une approche axée sur les professionnels de la prestation des services avec des activités de collaboration et de participation de la communauté. En particulier, pour être efficaces, les SSP doivent être intégrés dans l'ensemble du système de santé national et liés aux niveaux d'aiguillage des services de santé, notamment les hôpitaux.

Des investissements majeurs sont requis pour élargir le déploiement d'agents de santé qualifiés.

Les agents de santé sont la pierre angulaire d'un système de santé résilient et la demande de personnel de santé devrait augmenter à mesure de l'expansion de l'économie internationale, de la croissance de la population mondiale et du vieillissement. Au-delà de leurs effets sur la CSU et la santé publique, les emplois dans le secteur de la santé favorisent une croissance inclusive et la cohésion sociale, ainsi que l'a montré la Commission de haut niveau sur l'emploi en santé et la croissance économique²². Pour avancer vers la CSU, il est capital de corriger la pénurie mondiale de compétences en santé et d'étendre l'éducation de qualité et l'apprentissage tout au long de la vie, afin qu'un nombre adéquat de personnels de santé motivés et dotés de qualifications qui correspondent aux besoins de santé soient disponibles en quantité requise et au bon endroit.

CSU2030

Compte tenu du degré auquel les facteurs sociaux et culturels influencent les conceptions de la santé, de la maladie et du traitement chez les patients, il est important que ces aspects soient mis en exergue dans le programme de formation des agents de santé. Cette expansion de l'éducation et de l'apprentissage exigera de faire appel au secteur privé et de le réglementer. De plus, pour élargir la main-d'œuvre communautaire il faudra une certaine dose de mesures préférentielles, par exemple en sélectionnant des étudiants originaires de zones sous-desservies.

L'accès aux médicaments et à d'autres technologies et produits sanitaires doit être élargi.

Pour parvenir à l'accès aux médicaments et aux technologies de santé tel que spécifié dans les ODD, il y a lieu d'accorder une grande attention à ce sous-système dans les systèmes de santé. La condition la plus importante est un sous-système en mesure de garantir la qualité des produits, par un processus efficace de régulation, soutenu par une législation et des structures de gouvernance appropriées dans le secteur public. Des systèmes opérants de définition des politiques doivent être en place pour assurer une sélection judicieuse des médicaments et des produits de santé pour la couverture au titre de la CSU, aussi bien pour les soins communautaires que pour les hôpitaux. Il faut disposer de mécanismes de financement bien conçus pour permettre des systèmes efficaces d'achat ou de remboursement et pour minimiser les paiements à la charge des patients. Il importe que les chaînes d'approvisionnement soient robustes, aussi bien pour garantir la livraison des produits aux patients que pour résister aux détournements ou à l'entrée de produits sous-optimaux ou falsifiés. La capacité institutionnelle d'administration de ce sous-système doit aussi permettre une interaction appropriée, mais dirigée, avec le secteur privé qui fournit les produits, tout en évitant la corruption. Néanmoins, la capacité de beaucoup de pays à revenu faible ou intermédiaire à gérer ce sous-système reste limitée. L'évaluation systématique et la réglementation opérante des technologies de santé sont un volet essentiel du système de santé de tous les pays et garantissent que des technologies de qualité, sûres et efficaces parviennent aux personnes qui en ont besoin. Le travail pour assurer une prescription et une utilisation correctes des médicaments améliorera la qualité des soins et des résultats sanitaires.

Les innovations sont nécessaires pour répondre aux besoins de santé des groupes vulnérables et marginalisés, notamment dans les contextes de fragilité et de conflit.

Beaucoup de systèmes de santé sont incapables d'atteindre les pauvres et les personnes vulnérables. Il est particulièrement difficile d'offrir des services de santé aux deux milliards de personnes qui vivent dans des pays où les résultats du développement sont touchés par la fragilité, le conflit et la violence²³. Afin de répondre aux besoins de ces groupes, en particulier des femmes, des adolescents et des enfants, il faut faire preuve de créativité, expérimenter et innover pour mettre au point des modèles de prestation de services qui parviennent à tout le monde ; soient réactifs au genre, à l'âge et au handicap ; soient appropriés du point de vue culturel ; et reposent sur un engagement en faveur de la non-discrimination. Il est nécessaire d'inclure une participation plus active et de nouer des partenariats créatifs, conformes aux réglementations nationales, avec des acteurs non étatiques, à but lucratif et non lucratif. Des réformes coordonnées à travers l'ensemble du système et au-delà du secteur de la santé sont requises pour lever les obstacles à l'accès du côté de l'offre et de la demande²⁴. Cela suppose de réaménager les systèmes de santé pour veiller à ce que les services soient assurés dans les lieux les plus appropriés, avec le juste équilibre entre la promotion de la santé, la prévention, les soins ambulatoires et hospitaliers, de renforcer la coordination des services au sein du secteur de la santé et au-delà, et de recruter les personnes et les communautés en les dotant des moyens de jouer un rôle actif dans leur santé et dans la responsabilité sociale du système de santé^{25 26 27}.

Pour parvenir à la CSU, il faut collaborer avec les prestataires non étatiques.

Les acteurs non étatiques dans la prestation des services de santé sont variés, avec par exemple des organismes à but lucratif, des organisations à but non lucratif et des prestataires

professionnels, allant de prestataires de services et de pharmacies en propriété privée à de grandes entreprises. De plus, la société civile et les OSC axées sur les droits des personnes vulnérables peuvent jouer un rôle important dans la gouvernance et la prestation de services de santé, en particulier pour ce qui concerne la satisfaction des besoins des populations défavorisées et vulnérables. Il y a de multiples exemples de partenariats novateurs visant à augmenter le plus possible les synergies entre le secteur public et le secteur privé, depuis les franchises sanitaires jusqu'aux contrats pour des services de marketing social de produits sanitaires de base. Il s'est néanmoins souvent révélé ardu d'étendre et de maintenir ces approches. En particulier, la capacité de gouvernance de l'État pour fournir et faire appliquer des cadres régulateurs et des systèmes d'homologation justes, transparents et effectifs est essentielle à cet égard²⁸. Pendant que les pays acquièrent ces compétences, il devrait rester prioritaire de relever le plus possible la portée, l'accessibilité financière et la qualité des services de santé pour tous.

Les questions de qualité des services de santé et de sécurité des patients exigent une attention à tous les niveaux des systèmes de santé.

L'insatisfaction généralisée suscitée par les services de santé, la prévalence de médicaments et d'autres technologies de santé de mauvaise qualité et la hausse des coûts mettent en évidence les difficultés rencontrées pour améliorer la qualité et l'efficacité des services de santé. Des approches comme les audits cliniques, les processus permanents d'amélioration de la qualité, l'homologation et le financement basé sur les performances ont montré qu'il est possible de relever la qualité, même dans des environnements connaissant beaucoup de contraintes. Pour parvenir à ces résultats et les maintenir, il faut des mesures supplémentaires, notamment une plus grande normalisation et un respect plus strict des protocoles et pratiques de promotion, prévention et traitement, un suivi systématique de la qualité des services, un renforcement des associations professionnelles et des organes régulateurs, en donnant une plus grande place à la voix des usagers afin de garantir leur droit à participer et à exercer une influence, et des systèmes de gouvernance et de redevabilité plus intégrateurs pour les établissements de santé. Par conséquent, l'amélioration de la qualité des services de santé passe par une action coordonnée dans la prestation des services, le financement et la gouvernance.

Le secteur de la santé ne peut pas faire face à lui seul aux besoins de santé.

Assurer des services de santé dans le contexte d'une population vieillissant rapidement est un exemple de la manière dont la réforme de la prestation des services de santé est nécessaire, mais non suffisante, pour répondre aux besoins de santé. Une collaboration et des partenariats novateurs avec d'autres secteurs tels que l'éducation et d'autres services sociaux, notamment par des transferts de fonds, et à travers différents niveaux de gouvernance sont aussi requis pour s'attaquer à des déterminants sociaux et environnementaux essentiels qui sont les principaux facteurs responsables des inégalités dans la santé. Même dans les pays à faible revenu, on se rend compte des occasions manquées de faire des liens et de parvenir à des synergies avec d'autres secteurs au niveau de la prestation des services. Une coopération plus étroite avec le secteur de l'eau et de l'assainissement, par exemple, a eu un effet multiplicateur dans certains environnements aux ressources très limitées, où des fonctionnaires publics peu nombreux collaborent davantage avec les techniciens de l'eau et de l'assainissement et les personnes chargées de mobiliser la communauté.

Les modèles de prestation des services doivent évoluer pour soutenir la préparation aux situations d'urgence et parvenir à la résilience.

La capacité de prévenir, détecter et traiter les situations d'urgence de santé est un volet essentiel de la CSU. Des modèles de prestation des services véritablement adaptés à leur objectif devront être en mesure d'appliquer le Règlement sanitaire international et de se forger une idée claire des types de menaces qu'ils peuvent affronter et de la manière de s'y préparer. Il est aussi

2.2

Financement
de la santé

capital de prodiguer des services réactifs et de qualité, sans interruption, même lors de situations d'urgence telles que des catastrophes naturelles et des pandémies, ou des flux migratoires, pour renforcer le climat de confiance avec les communautés, un élément essentiel de toute intervention efficace. Apprendre auprès d'autres secteurs qui ont fait de la résilience un volet plus central de leur planification devrait être une priorité. Les secteurs de la planification urbaine et de l'environnement, par exemple, ont innové en instaurant un climat de confiance et en encourageant une véritable participation communautaire ; de même beaucoup de fabricants privés ont redessiné leurs chaînes d'approvisionnement et leurs procédures de travail en prévision de chocs futurs. Il est désormais plus facile de disposer des récents progrès accomplis dans la mise en place de systèmes résilients.

Domaine d'action 2 dans les systèmes de santé : le financement de la santé

Les dispositions de financement de la santé déterminent la capacité des systèmes de santé à répondre aux besoins, répartissent les risques financiers et opèrent efficacement et de manière équitable.

Elles élargissent les choix et les décisions dans trois fonctions de financement apparentées : la mobilisation des ressources, la mise en commun des ressources et l'utilisation de ces ressources pour acheter stratégiquement des services, par une prestation directe ou au moyen de contrats. Elles ont des conséquences sur les cinq dimensions de la performance des systèmes de santé.

Il est capital de mobiliser les ressources nationales pour progresser vers la CSU.

À mesure que les pays élargissent l'accès, les populations grandissent – ou vieillissent – la richesse augmente, la technologie médicale progresse et la demande de services sanitaires de plus en plus complexes et sophistiqués s'accroît. Le Programme d'action d'Addis-Abeba a reconnu que le principal mécanisme pour satisfaire les besoins en ressources en vue de réaliser les ODD sera national. Plus précisément, le Programme d'action a souligné que la responsabilité de son propre développement économique et social incombe à chaque pays et elle a demandé aux États de puiser à toutes les sources pour financer le programme des ODD²⁹. Les pays ont convenu d'une panoplie de mesures pour accroître les recettes gouvernementales, principalement au moyen d'une taxation efficace et progressive. Tirer parti de toutes les sources signifie aussi exploiter la capacité d'investissement du secteur privé et garantir la réglementation des prestataires privés, mais aussi mieux aligner les investissements dans d'autres secteurs tels que l'éducation, l'eau et l'assainissement, les transports et d'autres, afin d'améliorer les résultats sanitaires essentiels. L'alignement des politiques et des cibles entre secteurs réduira probablement les coûts du progrès vers les ODD.

Les dispositions de financement de la santé doivent concilier les rendements élevés des investissements de santé avec un cadre macroéconomique durable.

La hausse des dépenses consacrées à la santé devrait amener à étudier la possibilité d'un espace fiscal à long terme et ne saurait menacer la solvabilité à long terme d'un gouvernement. Elle ne doit pas exister au détriment des investissements dans d'autres secteurs qui sont essentiels pour garantir des progrès globaux vers les ODD. Des améliorations dans la survie, la nutrition et la santé ont un rendement extrêmement élevé sur investissement³⁰, de même que le secteur de la santé qui prend une importance croissante comme source d'emplois décents et l'utilité d'un système de santé préparé et véritablement universel pour atténuer les risques relatifs à des crises sanitaires.

CSU2030

Il faut élargir les dispositifs de mise en commun des fonds pour améliorer la protection financière de tous.

La mise en commun des fonds, c'est-à-dire l'accumulation et la gestion des paiements anticipés entre les ménages, fournit une protection contre les conséquences catastrophiques d'un mauvais état de santé, que ce soit la renonciation aux soins, l'endettement ou l'appauvrissement. Les dispositions de mise en commun diffèrent entre pays. Parfois, plusieurs dispositifs coexistent dans un même pays pour la collecte des fonds (par exemple les recettes de l'impôt général, les taxes réservées ou les contributions obligatoires à l'assurance maladie) et pour leur gestion (par exemple le ministère de la santé ou des finances, les autorités locales, une institution publique unique ou encore de multiples fonds d'assurance maladie). Pourtant, dans beaucoup de pays, les contributions directes sortant de la poche des ménages continuent de représenter la plus grande proportion du financement de la santé. Les pays doivent progressivement élargir ces mécanismes de mise en commun, afin de réorienter les dépenses privées vers des mécanismes de financement commun, par exemple en faisant bénéficier les travailleurs informels de l'assurance maladie obligatoire. En général, il est souhaitable que les pays évitent la fragmentation des systèmes de financement en projets séparés, avec différents niveaux de financement et d'avantages pour différents groupes de population. Pour ne laisser personne de côté, il faut aussi cibler les ressources pour lever les barrières financières auxquelles se heurtent les pauvres et les plus vulnérables pour avoir accès aux services prioritaires, notamment en subventionnant les contributions à l'assurance et en distribuant des « chèques santé » ou en réalisant des transferts d'espèces.

Il est essentiel de bien dépenser les fonds pour mobiliser des ressources additionnelles et améliorer la performance des systèmes de santé.

Beaucoup de systèmes de santé sont caractérisés par des lacunes significatives : un récent rapport estime que 20% des dépenses de santé dans les pays de l'OCDE sont gaspillées³¹. Il est donc capital d'améliorer l'utilisation des fonds et l'efficacité des systèmes pour plaider en faveur d'investissements dans la santé et accélérer les progrès vers la CSU. Pour relever l'efficacité, il faut lier les dépenses à l'information et passer d'un achat passif à un achat actif des soins de santé. Les mécanismes et les approches incluent une gestion transparente des fonds pour une meilleure redevabilité, depuis la préparation du budget jusqu'au contrôle financier, en passant par l'allocation des ressources pour les apports et les services qui produisent les meilleurs résultats à moindre coût, la définition et la mise en œuvre de politiques et de réglementations qui assurent l'utilisation judicieuse des ressources, le recours à des mesures d'encouragements dans les mécanismes de paiement des prestataires et le renforcement de l'autonomie des prestataires et la gestion des établissements. Les progrès passent par une priorité accrue accordée au renforcement des capacités et des institutions et une amélioration de la compréhension et de la gestion de l'économie politique de ces réformes.

Il est nécessaire de renforcer toutes les fonctions du financement de la santé pour relever la résilience des systèmes de santé.

Les épidémies, comme la maladie à virus Ebola, ont montré que les pays devaient investir plus systématiquement dans la préparation des services de santé communautaires ainsi que dans les principaux biens publics et les fonctions de santé publique centrales pour cadrer avec les normes internationales de préparation aux situations d'urgence. Il est également capital de mettre en place des mécanismes de financement capables de mobiliser et d'utiliser judicieusement les ressources pour une réponse adaptée à une urgence et pour la reprise, en général auprès d'un éventail encore plus large de secteurs et d'acteurs, sans menacer la viabilité des services de santé de routine.

L'aide au développement pour la santé demeure importante et doit compléter plus efficacement le financement national.

Dans le cadre du Programme d'action d'Addis-Abeba, les pays se sont engagés à renverser le

CSU2030

2.3

Gouvernance

recul de l'aide prodiguée aux pays les plus pauvres et fragiles, dont beaucoup auront besoin de continuer à recevoir une aide au développement pour la santé pour s'attaquer aux limitations de leurs capacités et poursuivre leurs progrès vers la CSU. Néanmoins, cette aide doit s'ajouter aux ressources intérieures au lieu d'avoir un effet d'éviction, et elle doit soutenir les activités destinées à relever l'efficacité et la rentabilité de l'utilisation des ressources internes. En outre, des avancées plus rapides sont nécessaires en matière d'harmonisation et d'alignement du financement extérieur sur les priorités déterminées par les pays. Une meilleure coordination de l'aide exige aussi que le financement externe soutienne la transition vers l'autosuffisance. Des innovations sont de même requises pour financer les progrès vers la CSU parmi les populations vulnérables et défavorisées, notamment celles qui vivent dans des environnements fragiles et touchés par les conflits, ainsi que les réfugiés et les migrants. Point important, les donateurs doivent progressivement cesser d'acheminer les fonds par des dispositifs de financement et de mise en œuvre distincts et à court terme, et s'employer plutôt à développer et utiliser des institutions nationales chargées du financement durable du secteur de la santé. Cet enjeu est loin d'être négligeable : en 2013, les investissements en faveur de programmes spécifiques aux maladies représentaient plus de 90% de l'aide au développement pour la santé. Il est impératif de trouver de nouveaux moyens de faire en sorte que ces investissements contribuent au développement de fonctions centrales de financement dans les pays. Pour permettre une vue d'ensemble stratégique des activités au niveau national, les efforts des donateurs en vue de publier leurs dépenses au titre de l'aide dans le secteur de la santé sont essentiels, par le biais de mécanismes comme la Norme de l'Initiative internationale pour la transparence de l'aide et les normes statistiques des systèmes du Comité d'aide au développement de l'OCDE.

Domaine d'action 3 dans les systèmes de santé : la gouvernance

La gouvernance est un pilier essentiel de tous les systèmes de santé.

Liée à l'évolution des valeurs démocratiques et des droits humains dans les débats nationaux, et soutenue par une communication plus rapide, en temps réel, assurée par les médias à l'époque d'internet, la gouvernance a évolué au XXI^e siècle vers une approche englobant l'ensemble du gouvernement et l'ensemble de la société : l'amélioration de la santé et du bien-être ne relève plus seulement du secteur de la santé publique et n'est plus dirigée uniquement par le ministère de la santé³². Autrement dit, tous les secteurs contribuent au succès sur la voie vers la CSU et tous les acteurs, les bénéficiaires, les prestataires et les autorités étatiques doivent participer à sa conception, sa mise en œuvre et son suivi. La CSU est d'abord et avant tout un contrat social. La gouvernance concerne les processus et les institutions de prise de décision collective. Les dispositions de gouvernance déterminent les principaux attributs institutionnels, comme la transparence, la redevabilité, la participation, l'intégrité et la capacité ; elles sont donc lourdes de conséquences pour la performance des systèmes³³. Ces dispositions comprennent la voix de la population dans les choix politiques, les institutions de supervision, la qualité de l'information étayée par les dispositions de la liberté d'information, les normes et codes de conduite, les stratégies régulatrices, les forums et processus consultatifs des parties prenantes, les systèmes de gestion financière et les mesures éthiques et de lutte contre la corruption. Il est essentiel de développer les capacités nationales à concevoir, opérer, encadrer et ajuster en permanence les systèmes de santé pour parvenir et maintenir une CSU. Par conséquent, les capacités organisationnelles et institutionnelles en matière de gestion des systèmes de santé doivent être renforcées. La création de sociétés favorables à la promotion de la santé est également capitale dans ce contexte et peut nécessiter de relever les connaissances de la population en matière de santé.

CSU2030

Les mécanismes pour faire entendre la voix de la population sont un volet central de la redevabilité.

Les citoyens sont à la fois propriétaires et bénéficiaires des services³⁴, puisque ce sont des contribuables et les principaux bailleurs de fonds des services publics. Une réactivité accrue des services aux besoins sanitaires des populations peut être favorisée par des plateformes qui sensibilisent et encouragent le dialogue sociétal³⁵. Divers mécanismes d'expression et d'autonomisation communautaire dans la prestation des services de santé transmettent les préférences collectives des citoyens, notamment des assemblées nationales de santé, l'appropriation communautaire, la gestion communautaire ainsi que les cartes de suivi et de rapport des citoyens. Les plateformes de citoyens sont capitales pour la formulation et l'examen de politiques, stratégies et plans de santé nationaux solides qui permettent des progrès vers la CSU. De même, une budgétisation participative est utilisée dans beaucoup de pays pour associer les citoyens à la définition de priorités et aux décisions sur l'allocation des ressources.

De bonnes données constituent le fondement d'une meilleure santé.

Des informations dignes de foi sur les besoins réels de santé ainsi que sur l'offre et la demande de services de santé aident à guider les choix politiques. Les mesures de renforcement des capacités qui consolident les compétences pour mener des analyses de données et adhérer aux normes de protection, d'utilisation et de partage des données, sont un point d'entrée adapté pour perfectionner la qualité des informations dans un système de santé. Les pays et d'autres parties prenantes doivent renforcer les systèmes nationaux d'information sanitaire, notamment l'enregistrement des actes d'état civil et les statistiques essentielles. Il est aussi important de veiller à ce que tous les citoyens aient libre accès aux données et aux informations sur la CSU, dans le cadre du dialogue sociétal et des processus participatifs. Les pays sont encouragés à adopter officiellement un ensemble central d'indicateurs pour surveiller les progrès vers la CSU et à les inclure dans leurs systèmes nationaux de suivi et d'évaluation³⁶, en se fondant sur le processus de suivi des ODD.

On a besoin de davantage de travaux de recherche sur la CSU qui soient utiles pour les politiques.

Si la surveillance des indicateurs est importante, les indicateurs peuvent seulement décrire le changement, et non pas l'expliquer. Le Rapport sur la santé dans le monde 2013 a souligné l'importance de la recherche pour la CSU, affirmant que « tous les pays doivent être à la fois des producteurs et des consommateurs de recherche »³⁷. Il faut pour cela identifier les priorités locales de la recherche en santé et élaborer des politiques et stratégies nationales en la matière. Il est aussi essentiel d'étendre et d'institutionnaliser les capacités nationales de recherche appliquée et d'évaluation des politiques, et d'en utiliser les conclusions dans la prise de décision. La recherche sur les systèmes de santé pour la CSU ne représente encore qu'une petite fraction du financement de la recherche en santé dans le monde. La CSU a besoin d'une recherche sensible au contexte, qui parle des obstacles du monde réel à la mise en œuvre et des difficultés des systèmes de santé, y compris en rapport avec la volonté de ne laisser personne de côté. Les pays doivent diriger ce processus et se l'approprier, notamment en augmentant l'investissement national. Les décideurs et les parties prenantes des systèmes de santé doivent exiger des études de mise en œuvre et en faire une priorité, ce qui étayera l'élan vers la CSU.

Il est urgent de renforcer les plateformes pour concevoir et appliquer des mesures multisectorielles plus efficaces³⁸

Que ce soit pour travailler entre secteurs afin de renforcer les capacités dans la préparation et la réponse en cas de situation d'urgence, pendant la reprise ou pour s'attaquer aux déterminants sociaux de la santé, des mécanismes opérants sont nécessaires pour « joindre » différentes parties du gouvernement et enrôler la société civile³⁹. Cela peut inclure la mise au point de plans

CSU2030

multisectoriels pour l'ensemble du gouvernement national, l'établissement de mécanismes de mobilisation et de coordination communautaires entre ministères et avec d'autres parties prenantes, et une collaboration efficace avec les secteurs privés pour faire face aux risques sanitaires et promouvoir la santé. Un mécanisme multisectoriel opérant est également capital au stade du suivi, pour évaluer la mise en application des politiques. Dans le domaine de la promotion de la santé, les dirigeants mondiaux se sont engagés à prendre une action résolue. Il s'agit notamment de renforcer la législation, la régulation et la taxation des produits nocifs pour la santé, ainsi que de mettre en œuvre des politiques fiscales qui sont des outils puissants pour permettre de nouveaux investissements en faveur de la santé et du bien-être, et pour élargir l'espace fiscal. Ces mesures faciliteront à leur tour le cadre économique requis pour parvenir à la CSU⁴⁰.

Les progrès vers la CSU exigent également des mécanismes collectifs régionaux et mondiaux pour garantir une attention adéquate aux biens communs.

À ce jour, la coopération internationale s'est centrée sur la recherche et le développement dans le domaine médical, en définissant des normes, en élaborant des outils, en produisant et en partageant des données et en luttant contre les maladies transmissibles. De même, de solides arguments peuvent être présentés pour une action collective sur la recherche, l'élaboration d'outils, la définition de normes et l'apprentissage mutuel ou la mise en commun d'expériences sur le renforcement des systèmes de santé entre pays, quel que soit l'état de leur développement. Des progrès plus rapides en matière de coopération internationale à l'appui d'autres apports essentiels pour parvenir à des systèmes de santé solides et d'un coût abordable comme des dispositions efficaces et équilibrées sur la propriété intellectuelle, des accords commerciaux, la migration des personnels de santé, le développement de programmes de formation et les biens publics mondiaux sont aussi nécessaires. Compte tenu de la nature de ces biens publics mondiaux, la difficulté est de commencer, d'organiser et de financer une action collective. Cette action collective est aussi capitale pour favoriser les engagements de bonne pratique, qui incluent l'appui de la mise en œuvre des régulations pertinentes, afin de garantir la qualité de la prestation des services intégrateurs. Parmi les régulations, les directives et les codes de pratique pertinents, il convient de citer le Règlement sanitaire international, la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac, le Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé, le Système de comptes de la santé mis au point par l'OCDE avec l'OMS et Eurostat⁴¹, le Schéma de l'OMS sur la recherche-développement pour l'action en vue de prévenir les épidémies et la Coalition pour les innovations en matière de préparation aux épidémies.

Il est important d'encourager la recherche et le développement pour les besoins sanitaires prioritaires et des mécanismes de transfert technologique plus solides pour permettre les progrès vers la CSU au niveau national.

Veiller à ce que les travaux de recherche-développement fournissent des produits adaptés nécessite une interaction opérante entre les secteurs public et privé : s'ils laissent l'investissement au seul secteur privé, les gouvernements ne peuvent pas en attendre des produits qui répondent aux besoins de la santé publique sans un marché. Des mécanismes tels que les transferts de technologie doivent être employés là où ils sont le plus efficaces et ils devront s'accompagner de fermes systèmes régulateurs, ainsi que d'un investissement suffisant en faveur d'une main-d'œuvre qualifiée.

Le programme de la gouvernance concerne aussi les mécanismes de coordination et de collaboration au niveau international⁴¹.

Il incombe à l'OMS de diriger et de coordonner le travail international sur la santé, notamment par des partenariats où une action conjointe est nécessaire. Les partenariats internationaux sont

un élément important de l'architecture de santé. Les OMD ont motivé la création de plusieurs initiatives et institutions mondiales pour soutenir les activités destinées à améliorer la santé et la lutte contre les maladies transmissibles, en particulier le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite et Gavi, l'Alliance du Vaccin. Les vingt dernières années ont aussi vu l'émergence sans précédent de partenariats public-privé qui ont entrepris des activités de recherche-développement relatives aux maladies des pauvres. Ces collaborations des secteurs public et privé à but non lucratif soutiennent la recherche-développement afin d'élargir l'accès aux médicaments, aux vaccins et aux diagnostics. De plus, elles ont dirigé des innovations financières qui stimulent la demande de médicaments dans les pays à faible revenu et la volonté du secteur privé de participer à la recherche et au développement. Pourtant, les initiatives mondiales d'appui à la lutte contre les maladies transmissibles et les partenariats du secteur public-privé tendent à connaître des difficultés semblables à l'aide au développement pour la santé, avec des questions sur l'utilité et la viabilité de leur soutien, ce qui montre combien il est important de coordonner et de garantir la complémentarité des activités. Des programmes plus récents, comme le Mécanisme de financement mondial en soutien à chaque femme chaque enfant (GFF)⁴² et le Partenariat pour la couverture sanitaire universelle⁴³, reconnaissent qu'il est nécessaire de mieux articuler l'aide au développement pour la santé avec le financement national. Le Partenariat international de santé pour la CSU2030 (CSU2030) joue un rôle central pour faciliter la coordination et la complémentarité des efforts, en se fondant sur les principes de l'alignement et de l'harmonisation sur les stratégies nationales de santé et le recours aux systèmes du pays.

3 Le renforcement des systèmes de santé pour la CSU : grands principes d'action

Il n'existe pas d'approche unique du RSS. Par conséquent, le mélange de politiques et de méthodes devra refléter les contextes nationaux et les processus participatifs des pays.

Ainsi que mis en exergue à la section II, il y a plusieurs points d'entrée pour l'action politique aux niveaux national, régional et mondial afin de renforcer les systèmes de santé en vue d'atteindre la CSU. La CSU concerne toutes les cibles de santé des ODD et contribue à d'autres ODD, en fournissant un cadre global pour mettre en œuvre le nouveau programme de santé. En même temps, on dispose de plusieurs principes d'application générale qui peuvent guider l'action pour hiérarchiser et appliquer le RSS. Se fondant sur les dimensions de la performance des systèmes de santé et les points d'entrée pour l'action politique destinés à promouvoir la CSU identifiés dans les chapitres précédents, la présente section dégage cinq principes qui servent aussi de principes fondateurs à la CSU 2030⁴⁴.

1. Ne laisser personne de côté : un engagement en faveur de l'équité, de la non-discrimination et d'une approche fondée sur les droits

Le Programme de développement durable à l'horizon 2030 a affirmé que la réalisation de la CSU fait partie de l'objectif d'ensemble de l'équité, c'est-à-dire ne laisser personne de côté. Cela signifie que le renforcement des systèmes de santé pour la CSU doit tenir compte de l'hétérogénéité de la population, par exemple en rapport avec les différences de sexe, d'âge, de situation géographique, d'éducation, de revenu, de handicap, de statut migratoire et d'autres facteurs importants pour le contexte national et sous-national. Les considérations sexospécifiques sont aussi centrales pour la CSU, puisqu'elles sont présentes dans l'ensemble du système de santé. Les rôles sexospécifiques influent au niveau des usagers des services dans la prestation des services, au sein de la main-d'œuvre, ainsi que dans la gouvernance et le financement des systèmes de santé. Garantir à tous des services de santé de qualité et une protection contre le risque financier obligera à identifier et surmonter les obstacles existant du côté de l'offre et de la demande, qui sont susceptibles d'avoir un effet disproportionné sur certaines sous-populations. Une approche du RSS non discriminatoire et fondée sur les droits est nécessaire afin de garantir un accès équitable aux services de santé^{45,46}. La prestation de services centrés sur la personne est un concept directeur pour veiller à ce que les systèmes de santé donnent la priorité aux patients ; il peut être associé à une action intersectorielle pour travailler sur les principaux déterminants sociaux des inégalités de santé.

2. Transparence et redevabilité en matière de résultats

La transparence et la redevabilité sont des attributs essentiels de la gouvernance et elles déterminent la performance d'un système de santé si elles aboutissent à des ajustements dans les politiques, les stratégies et l'allocation des ressources. La transparence dans la prise de décision, le suivi et l'examen, ainsi que la participation de la population, est centrale pour la redevabilité. La transparence exige l'accès des citoyens aux informations budgétaires qui

doivent être disponibles. Une prise de décision ouverte et participative sur les priorités et les politiques de santé peut promouvoir la redevabilité. Par conséquent, des institutions et des parlements forts, dotés de capacités appropriées, sont nécessaires pour demander des comptes au gouvernement. Il est essentiel de donner la priorité aux résultats sanitaires pour mesurer les progrès aux niveaux national et international ainsi que pour surveiller la performance du système de santé. Des informations valables sur les résultats sanitaires contribuent à une meilleure redevabilité et permettent de savoir ce qui fonctionne dans un contexte national spécifique, objectif pour lequel il peut être nécessaire de compter sur une recherche opérationnelle, parallèlement à la collecte systématique de données.

3. Des stratégies nationales à base factuelle et le leadership national comme fondements du RSS

Un contexte spécifique à un pays exige des solutions spécifiques à ce pays. Le leadership national est la base pour identifier des approches et des solutions taillées sur mesure. Cela se traduit en politiques nationales de santé solides qui sont un fondement commun pour l'action et forment le socle de la redevabilité mutuelle. L'utilisation de données globales de qualité est au cœur de l'identification des besoins de santé réels et de choix politiques adaptés pour garantir la transparence et la redevabilité à tous les niveaux du système de santé. Elle aidera aussi à surveiller les progrès vers la réalisation des ODD, notamment la CSU⁴⁷. Les données et les constatations peuvent contribuer à garantir la mise en œuvre des cinq dimensions de la performance des systèmes de santé et le renforcement des programmes ; elles permettent aussi de faire en sorte que nul ne soit laissé de côté. Les stratégies nationales et les modèles de prestation des services devraient refléter les principes, les accords et les engagements internationaux pertinents, notamment les pactes, les résolutions et les déclarations des Nations Unies (par exemple le Règlement sanitaire international). Le soutien prodigué aux pays pour le RSS doit être adapté au contexte et aux priorités de chaque pays.

4. Faire en sorte que les systèmes de santé soient l'affaire de tous – avec la participation des citoyens, des communautés, de la société civile et du secteur privé

Afin de créer une réponse pluripartite aux besoins de santé et favoriser ainsi l'appropriation du système de santé par ceux qu'il souhaite desservir, un dialogue politique pluripartite est nécessaire avec les acteurs nationaux, les communautés et la société civile, en incluant en particulier les organisations qui représentent des groupes marginalisés et vulnérables ou touchés par la maladie, ainsi que le secteur privé⁴⁸. La participation de la société civile doit être intégrée systématiquement dans les activités de RSS pour permettre des services de santé axés sur la personne. Des mécanismes de participation de la société civile, comme des plateformes accessibles pour faire entendre la voix des citoyens, ainsi qu'une bonne réactivité aux besoins des citoyens et une redevabilité à leur égard, sont pertinents à cet effet. Dans un marché de santé public-privé qui fonctionne bien, des biens et services de qualité sont produits en quantité suffisante et mis à disposition aux différents niveaux du système de santé. Le secteur privé est un acteur important pour fournir les produits et services de santé aux populations. Ses interventions doivent être placées sous l'égide des autorités nationales et locales. Les initiatives destinées à façonner le marché peuvent aider à éviter les défaillances du marché et en corriger les défauts. Les observations issues des dialogues pluripartites et d'autres formes d'engagement des parties prenantes constituent une source cruciale d'information pour la définition, l'application et le suivi des stratégies et plans nationaux de santé.

5. Une coopération internationale fondée sur l'apprentissage mutuel entre les pays et les principes de l'efficacité de l'aide au développement

L'ambitieux Programme de développement durable à l'horizon 2030 a préconisé un renforcement de la coopération internationale par le biais d'un partenariat mondial resserré et revitalisé pour

soutenir la mise en œuvre et stimuler les progrès. Les partenariats pluripartites sont importants pour faciliter le partage des connaissances, des expériences et des enseignements sur les méthodes qui fonctionnent dans le RSS. Dans ce contexte, la coopération internationale fondée sur l'apprentissage mutuel entre pays est aussi importante comme véhicule essentiel pour contribuer à une meilleure conception et au développement des capacités opérationnelles sur la voie de la CSU. Dans les pays qui reçoivent une aide extérieure, les politiques, les stratégies et les plans de santé forment la base de la redevabilité mutuelle, dans le cadre de laquelle les partenaires du développement s'alignent sur les priorités identifiées et tous les partenaires acceptent d'examiner régulièrement les engagements mutuels. Les revues annuelles conjointes du secteur de la santé⁴⁹ constituent un point d'entrée précieux pour améliorer les mécanismes de redevabilité mutuelle. Les activités régulières de planification conjointe parmi tous les acteurs concernés par la CSU, parrainées par les gouvernements, peuvent garantir la complémentarité des activités et éviter les chevauchements. L'efficacité de la coopération au développement pour la santé par une coordination resserrée et l'utilisation, dans la mesure du possible, des systèmes nationaux avec les principes de l'IHP+ peuvent améliorer les comportements relatifs à la santé. En perfectionnant le suivi et l'observance de l'alignement, la coordination et l'harmonisation, on peut sensiblement augmenter le retentissement des activités de renforcement des systèmes de santé. À cet égard, il est possible de consolider et d'affiner les mécanismes de suivi en place aux niveaux national et mondial. De plus, l'expérience des pays avec les évaluations conjointes des stratégies nationales de santé⁵⁰ peut être une source d'enseignements utiles.

Références

1. Kieny et al, 2017. Strengthening health systems for universal health coverage and sustainable development, WHO Bulletin (à paraître).
2. Organisation mondiale de la Santé, 2010, Le financement des systèmes de santé : le chemin vers une couverture universelle, Rapport sur la santé dans le monde. <http://www.who.int/whr/2010/fr/>
3. Commission de haut niveau sur l'emploi en santé et la croissance économique : <http://www.who.int/hrh/com-heeg/fr/>
4. WHO Positive Synergies Collaborative Group, "An assessment of interactions between global health initiatives and country health systems", The Lancet 373 No 9681: 2009, 2137-2169.
5. Kieny MP., Evans D., Schmets G. & Kandale S., "Health-system resilience: reflections on the Ebola crisis in western Africa", Bulletin of the World Health Organization, 2014;92:850. doi: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.14.149278>
6. Health DEvelopments, German Federal Ministry for Economic Cooperation and Development. http://health.bmz.de/what_we_do/hss/A_Shared_vision/index.html
7. Vision d'Ise-Shima du G-7 pour la santé mondiale. http://www.international.gc.ca/g7/assets/pdfs/g7_2016_health-sante_fra.pdf
8. Regard sur la TICAD VI, « La couverture santé universelle (CSU) en Afrique », tenue le 26 août 2016 au Centre international de conventions Kenyatta, Nairobi. <https://www.jica.go.jp/french/index.html>
9. Banque mondiale ; OMS ; JICA ; Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme ; et Banque africaine de développement (2016). La couverture santé universelle en Afrique : Un cadre pour l'action, Washington, Banque mondiale. <http://pubdocs.worldbank.org/en/366291472219573738/UHC-IN-AFRICA-FR.pdf>
10. Voici quelques exemples de ces cadres : Universal Health Coverage : Moving Towards Better Health, Action Framework for the Western Pacific Region (Une couverture santé universelle : la voie vers une meilleure santé, cadre d'action pour le Pacifique occidental) ; Regional strategy for universal health coverage for South-East Asia (Stratégie régionale pour une couverture santé universelle en Asie du Sud-Est) ; Stratégie pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle [dans la région des Amériques] ; Cadre d'action pour promouvoir la couverture santé universelle (CSU) dans la Région de la Méditerranée orientale ; Santé 2020 : un nouveau cadre politique européen pour la santé et le bien-être, et Towards people-centred health systems: an innovative approach for better health systems in the European Region (Vers des systèmes de santé centrés sur la personne : approche novatrice pour de meilleurs systèmes de santé en Europe).
11. En particulier, la figure 0.1, dans OCDE (2015), Panorama de la santé 2015 : Les indicateurs de l'OCDE, Éditions de l'OCDE, Paris. http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2015-fr; et OCDE (2002). Être à la hauteur : Mesurer et améliorer la performance des systèmes de santé dans les pays de l'OCDE. OCDE, Paris. http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/etre-a-la-hauteur_9789264295957-fr
12. World Health Organization. 2007. Everybody's Business: Strengthening health systems to improve health outcomes – WHO's framework for action. WHO, Geneva.
13. Organisation mondiale de la Santé. 2000. Rapport sur la santé dans le monde – Pour un système de santé plus performant. OMS, Genève.
14. Leadership et gouvernance ; prestation des services ; financement des systèmes de santé ; personnels de santé ; produits médicaux, vaccins et technologies ; systèmes d'information sanitaire.
15. Le droit de toute personne à jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre, en vertu de l'article 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels.

16. Organisation mondiale de la Santé et Groupe de la Banque mondiale. 2014. La couverture universelle en santé : suivi des progrès à l'échelon national et mondial. Genève.
17. Institute of Medicine of the National Academies. 2001. Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Committee on Quality of Health Care in America. Washington, DC: National Academies Press.
18. World Health Organization. 2006. Quality of Care: A Process for Making Strategic Choices in Health Systems. Geneva: WHO.
19. Kruk, Margaret E., Michael Myers, S. Tornorlah Varpilah, and Bernice T. Dahn. "What is a resilient health system? Lessons from Ebola." *The Lancet* 385, no. 9980 (2015): 1910-1912.
20. Résolution WHA69.24 : Renforcement des services de santé intégrés centrés sur la personne. http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_R24-fr.pdf
21. Organisation mondiale de la Santé. Les soins de santé primaires : maintenant plus que jamais, Rapport sur la santé dans le monde 2008. <http://www.who.int/whr/2008/fr/>
22. S'engager pour la santé et la croissance : Investir dans les personnels de santé. Rapport de la Commission de haut niveau sur l'emploi en santé et la croissance économique. OMS, 2016. http://www.world-psi.org/sites/default/files/documents/research/fr_comheegfinalreport.pdf
23. Fragilité, conflits et violences, Groupe de la Banque mondiale. <http://ida.banquemondiale.org/theme/fragilite-conflits-et-violence>
24. La couverture universelle en matière de santé : un engagement à combler les écarts de santé. Rapport de la Fondation Rockefeller, Save the Children, l'UNICEF et l'Organisation mondiale de la Santé. 2013. https://resourcecentre.savethechildren.net/sites/default/files/documents/universal_health_coverage_french_exec_summary_0_0.pdf
25. Feuille de route pour augmenter les effectifs sanitaires en vue d'une meilleure prestation de services de soins de santé dans la région africaine 2012-2025, approuvée par le Comité régional de l'Afrique dans sa résolution AFR/RC62/R3.
26. Résolution WPR/RC58.R4 qui a approuvé le Cadre directeur pour des soins centrés sur la personne, qui servira de guide aux États membres pour élaborer et mettre en œuvre des politiques et interventions pour des soins de santé centrés sur la personne selon leurs contextes nationaux, et le Cadre d'action sur les ressources humaines pour la santé pour la Région du Pacifique occidental (2011-2015).
27. Résolution WHA69.24 : Renforcement des services de santé intégrés centrés sur la personne. http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_R24-fr.pdf
28. Clarke D., D. Rajan and G. Schmets, 2016, Creating a supportive legal environment for universal health coverage, WHO Bulletin 2016;94:482. doi: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.16.173591>
29. Nations Unies (2015). Programme d'action d'Addis-Abeba, troisième Conférence internationale sur le financement du développement (Programme d'action d'Addis-Abeba), 13-16 juillet 2015, Addis-Abeba, Éthiopie, approuvé par l'Assemblée générale dans sa résolution 69/313 du 27 juillet 2015. <http://www.uneca.org/sites/default/files/uploaded-documents/FFD3-2015/document-final.pdf>
30. Jamison et al, Global health 2035: a world converging within a generation *The Lancet*, Vol. 382, No. 9908, p1898-1955.
31. OECD (2017), Tackling Wasteful Spending on Health, Paris, OECD. <http://www.oecd.org/publications/releasing-health-care-system-resources-9789264266414-en.htm>
32. Schmets G. et al, 2016, Introduction, Chapter 1, In: Schmets G, D. Rajan, S. Kadandale editors. *Strategizing national health in the 21st century: a handbook*. Geneva: WHO.
33. Greer L., Wismar, M and Figueras J.. 2016. *Strengthening Health System Governance: Better Policies, Stronger Performance*. World Health Organization: Geneva.
34. Banque mondiale, 2004, Des services pour les pauvres. Rapport sur le développement dans le monde. <http://documents.worldbank.org/curated/fr/606481468328508948/Rapport-sur-le-developpement-dans-le-monde-2004-des-services-pour-les-pauvres>
35. Rohrer K., D. Rajan, 2016, Population consultation on needs and expectations, Chapter 2, In: Schmets G, D. Rajan, S. Kadandale editors. *Strategizing national health in the 21st century: a handbook*. Geneva: WHO.
36. O'Neill K et al., 2016, Monitoring, evaluation and review of national health policies, strategies and plans, Chapter 9, In: Schmets G, D. Rajan D, S. Kadandale editors. *Strategizing national health in the 21st century: a handbook*. Geneva: WHO.
37. Organisation mondiale de la Santé, 2013, Rapport sur la santé dans le monde 2013 : la recherche pour la couverture sanitaire universelle, Genève : OMS. <http://www.who.int/whr/2013/report/fr/>
38. Blas E. et al, 2016, Intersectoral planning for health and health equity, Chapter 12, In: Schmets G, D. Rajan D, S. Kadandale editors. *Strategizing national health in the 21st century: a handbook*. Geneva: WHO.
39. Adelaide Statement on Health in All Policies Moving Towards a Shared Governance for Health and Well-Being (2010) Report from the International Meeting on Health in All Policies, Adelaide, Geneva: WHO and Government of South Australia. http://www.who.int/social_determinants/hiap_statement_who_sa_final.pdf
40. Déclaration de Shanghai sur la promotion de la santé dans le programme de développement durable à l'horizon 2030, 21 novembre 2016. <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/shanghai-declaration/fr/>
41. OECD (2017) *A System of Health Accounts 2011*, rev. ed., Paris: OECD. <http://www.oecd.org/els/health-systems/a-system-of-health-accounts-2011-9789264270985-en.htm>
42. Mécanisme de financement mondiale. <https://www.globalfinancingfacility.org/fr>
43. Partenariat pour la couverture sanitaire universelle. <http://uhcpartnership.net/fr/>
44. Les principes directeurs de l'action font partie du Pacte mondial de la CSU 2030, qui constitue la base permettant aux partenaires intéressés de confirmer leur adhésion.
45. Déclaration universelle des droits de l'homme. <http://www.un.org/fr/universal-declaration-human-rights/index.html>
46. Convention relative aux droits des personnes handicapées. <https://www.un.org/development/desa/disabilities-fr/la-convention-en-bref-2.html>
47. Terwindt F, D. Rajan D., A. Soucat A., 2016, Priority-setting for national health policies, strategies and plans, Chapter 4, In: Schmets G, D. Rajan D, S. Kadandale editors. *Strategizing national health in the 21st century: a handbook*. Geneva: WHO.
48. Rajan D. et al., 2015, Policy dialogue: what it is and how it can contribute to evidence-informed decision-making, Briefing Note, Geneva: WHO.
49. IHP+, 2014, Revues annuelles conjointes du secteur de la santé : Pourquoi et comment les organiser, Genève, OMS. https://www.uhc2030.org/fileadmin/uploads/ihp/Documents/Results___Evidence/HAE___results___lessons/ihp_jar_oct2014_fr_web.pdf
50. IHP+, 2014, Évaluation conjointe des stratégies et plans de santé nationaux (JANS) : L'outil d'évaluation conjointe, Questions fréquemment posées, Liste de contrôle destinée à garantir la qualité d'une évaluation conjointe sectoriel, 2014, Genève. OMS. https://www.uhc2030.org/fileadmin/uploads/uhc2030/Documents/Tools/JANS/JANS_2014_French_WEB.pdf

CSU2030

Partenariat international de la santé

**Pour de plus amples informations,
veuillez prendre contact avec le Secrétariat
de la CSU2030 : info@UHC2030.org**

ISBN 978-92-4-251252-6



9 789242 512526