



UHC2030

L'état de l'engagement en faveur de la couverture santé universelle : synthèse, 2021



Table des matières

Remerciements.....	3
Glossaire	5
Résumé d'orientation.....	7
Introduction.....	10
Méthodes.....	13
Résultats.....	15
Références	29

[Annex](#)

Remerciements

La CSU2030 tient à témoigner sa reconnaissance aux États Membres de l'Organisation des Nations Unies (ONU) qui lui ont 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) ; à la préparation et à la tenue de 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 à la promotion de partenariats mondiaux solides avec toutes les parties concernées afin de mobiliser un soutien collectif au travail des États Membres, notamment avec une assistance technique, le renforcement des capacités et le plaidoyer (A/RES/74/2).

Nous remercions Gabriela Cuevas et Justin Koonin, Coprésidents du Comité directeur de la CSU2030, pour les conseils stratégiques qu'ils ont prodigués au secrétariat. Ce projet a été coordonné par Akihito Watabe, responsable de l'équipe chargée de la 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 2021 et les profils des pays ont été mis à jour par l'équipe chargée du rapport et des partenaires de la CSU2030, avec un soutien de recherche de l'Institut tropical et de santé publique suisse (Swiss TPH), Bâle, Suisse. La CSU2030 les remercie tous chaleureusement pour leur participation, d'autant plus qu'une grande partie du travail s'est déroulée pendant la pandémie de COVID-19. L'équipe chargée du rapport a assuré l'orientation d'ensemble, a soutenu la diffusion de l'enquête sur la CSU et la collecte des récits, a consulté les parties prenantes et a révisé les versions intermédiaires de l'ouvrage.

- Ont contribué individuellement au travail : équipe chargée de la préparation du rapport : Katie Husselby, Masaki Inaba, Itai Rusike, Oli Henman, Aminu Garba, Ravi Ram, Logan Ansell, Toomas Palu, Faraz Khalid, Gabriela Flores, Gang Sun, Ann Keeling, Roopa Dhatt, Tara Brace-John, Ammara Khan, Aishling Thurow, Waiswa Nkwanga, Carthi Mannikarottu et Jessica Clark.
- Institut tropical et de santé publique suisse : Daniel Cobos et Anna Socha, directeurs techniques et du projet ; Dell Saulnier, coordonnateur du recueil et de l'analyse des données ; Anna Socha, Daniel Cobos, Dell Saulnier, Jana Gerold, Katarina Dudová, Salma Elgamal, Laura Monzon, Jinxiu Wang et Fabrizio Tediosi, contributeurs au rapport. Anindita Rochili, Kirubel Mussie, Metti Girma Temesgen, Sana Khan, Kyaw Htun Naing, Khin Sandar Bo et Rose Nadege Mbaye ont aussi recueilli et analysé des données. Luis Felipe Patiño Velasquez a servi d'expert en PowerBI et a mis au point les tableaux de bord des profils nationaux.

Ce travail n'aurait pu être mené à bien sans la contribution des nombreux acteurs qui ont répondu à l'enquête 2021 sur la CSU et ont transmis leurs histoires. Nous attachons un grand prix à leurs commentaires et au temps qu'ils y ont consacré. En particulier, nous remercions le groupe consultatif auprès du Mécanisme de participation de la société civile et les partenaires suivants qui ont dirigé des groupes de discussion de la société civile sur l'état de la CSU dans les pays : l'Asia Pacific Council of AIDS Service Organisations, le Global Health Council, la Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, Living Goods, l'Alliance sur les MNT, le People's Health Movement, Save the Children et le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida.

Nous exprimons aussi notre gratitude à Paloma de la Cruz pour ses communications stratégiques, à Moncef Zinaï qui a optimisé le portail de données, à Jennifer Rose pour la conception graphique, ainsi qu'à María Faget et Françoise Lafourcade pour la traduction de cette publication en espagnol et en français.

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



Glossaire

Couverture santé universelle

(CSU). Garantir à tous les services de santé (promotion de la santé, prévention, traitements, réadaptation, soins palliatifs) dont ils ont besoin, qui soient de qualité suffisante pour être efficaces, tout en veillant aussi à ce que le recours à ces services n'occasionne pas de difficultés financières pour les usagers. La CSU a trois dimensions : couverture des services de santé (quels services sont couverts), la protection financière (combien faut-il payer pour recevoir les services) et la couverture démographique (qui est couvert) (1).

Ne laisser personne de côté.

L'approche des Nations Unies consistant à « ne laisser personne de côté » suppose non seulement d'atteindre les plus pauvres d'entre les pauvres, mais aussi de combattre la discrimination et les inégalités croissantes, ainsi que leurs causes, à l'intérieur des pays et entre eux. Ne laisser personne de côté signifie aller au-delà de l'évaluation des progrès moyens et globaux pour garantir le progrès de tous les groupes de population à des niveaux désagrégés.

Population vulnérable.

Les populations vulnérables comprennent les personnes qui appartiennent à des minorités raciales ou ethniques, les enfants, les personnes âgées et les personnes qui sont défavorisées du point de vue socio-économique, sont sous-assurées ou présentent certaines affections médicales. Les membres des populations vulnérables ont souvent des troubles de santé qui sont exacerbés par des soins de santé inadaptés (2).

Déterminants sociaux de la santé.

Conditions de l'environnement dans lequel les personnes naissent, vivent, apprennent, travaillent, jouent, pratiquent leur religion et vieillissent qui influent sur un large éventail de résultats et de risques pour la santé, le fonctionnement et la qualité de la vie. Ces déterminants contribuent aussi à de vastes disparités et inégalités de santé (3).

Approche fondée sur l'ensemble du gouvernement.

Approche systémique qui aide à s'attaquer à des obstacles pour la santé et le bien-être qui dépassent les frontières sectorielles traditionnelles et à promouvoir une bonne gouvernance en renforçant la redevabilité dans tous les secteurs, en encourageant une participation élargie aux politiques, en améliorant la cohérence des politiques et en resserrant les collaborations et les partenariats.

Approche d'intégration de la santé dans toutes les politiques

Protection de la santé de la population qui aborde globalement les déterminants sociaux, économiques, environnementaux et autres de la santé en travaillant avec tous les secteurs.

Acteurs non étatiques.

Organisations et personnes qui ne sont pas chapeautées, dirigées ou financées par des gouvernements, mais qui peuvent participer aux politiques de santé pour la CSU. Elles incluent la société civile, le secteur privé, le monde universitaire, les communautés et les prestataires.

Approche multisectorielle.

Collaboration avec un ou plusieurs secteurs gouvernementaux en plus de la santé.

Participation multipartite.

Participation d'acteurs en dehors des gouvernements nationaux et des partis politiques au pouvoir, notamment les citoyens, la société civile, les organisations et entités non gouvernementales et internationales, les partenaires du développement, le secteur privé, les autorités locales, les syndicats, les parlementaires et le monde universitaire. Cette participation peut prendre de nombreuses formes.

Frais à la charge des patients

Paiements directs aux prestataires de soins de santé réalisés par les personnes au moment de l'utilisation des services, c'est-à-dire à l'exclusion du paiement préalable des services de santé, par exemple sous la forme d'impôts ou de primes d'assurance spécifiques ou de contributions et, quand c'est possible, nets de tout remboursement à la personne qui a fait le paiement.



©WHO / Blink Media - Hilina Abebe

Résumé d'orientation

2021 : une leçon sur l'urgence de la couverture santé universelle

Deux ans après le début de la pandémie, le COVID-19 continue de révéler et d'exacerber les inégalités et de plonger des millions de personnes dans la pauvreté. Le rapport mondial de suivi de la CSU 2021 suggère que les obstacles déjà présents avant le COVID-19, joints aux difficultés supplémentaires découlant de la pandémie, confèrent une urgence accrue à la quête de la couverture santé universelle (CSU) (4).

« Les progrès accomplis dans la couverture des services ces 20 dernières années seront probablement annulés par la pandémie de COVID-19, éloignant encore un peu plus le monde de l'objectif d'un milliard de personnes supplémentaires bénéficiant de la CSU d'ici à 2023. Si la couverture des services d'avant la pandémie a augmenté, la protection contre les difficultés financières est demeurée problématique, avec des inégalités persistantes. Sans compter l'impact de la pandémie de COVID-19, au rythme actuel des progrès pour la couverture des services et la protection financière, à peine 270 millions de personnes supplémentaires devraient être couvertes par les services de santé essentiels et ne pas devoir payer de leur poche des dépenses de santé catastrophiques d'ici à 2023, soit un déficit de 730 millions. »

La leçon tirée de la pandémie est claire : la santé est un investissement dans le bien-être futur et la sécurité de tous. Il n'a jamais été plus urgent de réaliser la CSU. Tout le monde, partout, doit avoir accès à des services de santé de qualité, y compris les vaccins, les tests et les traitements du COVID-19, sans faire face à des difficultés financières. La pandémie a aussi étayé l'idée selon laquelle pour atteindre aussi bien la CSU que la sécurité sanitaire, les pays doivent investir dans des systèmes de santé résilients et équitables, fondés sur les soins de santé primaires (SSP). Nous avons besoin d'une approche globale, multisectorielle et inclusive, qui place les communautés au centre de la prise de décision.

L'état de l'engagement en faveur de la CSU en 2021

Le rapport sur L'état de l'engagement en faveur de la CSU présente la réponse de multiples acteurs à une question simple : quelles mesures les gouvernements prennent-ils pour s'acquitter de leurs engagements en faveur de la CSU ? Le rapport montre que les pays ont pris toute une série d'engagements en faveur de la CSU, qu'ils ont fixé des cibles nationales et reconnu l'importance de la CSU pour réaliser l'Objectif de développement durable (ODD) 3, « Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge ». Beaucoup ont donné la priorité à l'équité dans leurs engagements pour la CSU ; néanmoins, des lacunes persistent entre les politiques, la mise en oeuvre et les résultats. Le COVID-19

a créé de nouveaux écueils, alors que les services de santé ont été désorganisés et que les pays font face à de formidables chocs économiques. Les résultats montrent combien il est important de définir des approches stratégiques claires pour atteindre la CSU sur la base de systèmes de santé résilients et équitables, en relevant la participation des acteurs non étatiques, en utilisant des approches multidimensionnelles pour identifier et desservir les communautés vulnérables et en resserrant la collaboration avec les acteurs hors du secteur de la santé.

La réunion de haut niveau des Nations Unies sur la CSU qui se tiendra en 2023 sera une étape importante : à mi-parcours avant la date limite pour réaliser les ODD, les chefs d'État et de gouvernement entreprendront un examen complet de ce qui aura été fait jusque-là pour identifier les lacunes et les moyens d'accélérer les progrès vers la mise en place de la CSU d'ici à 2030. Avant la réunion, les dirigeants ont une occasion précieuse de transformer les leçons apprises de la pandémie de COVID-19 en mesures concrètes pour protéger les personnes, en particulier les plus vulnérables, et de préserver le droit à la santé. Les conclusions du rapport 2021 sur L'état de l'engagement en faveur de la CSU donnent une base utile pour renforcer encore des systèmes de santé équitables et résilients qui ne laissent vraiment la santé de personne de côté, dans le calme ou la tempête.

À propos du rapport sur L'état de l'engagement en faveur de la CSU

Avec les ODD, tous les pays se sont engagés à atteindre la CSU d'ici à 2030. Ils ont renforcé cette promesse au cours de la réunion de haut niveau des Nations Unies sur la CSU en septembre 2019, où ils ont adopté la déclaration politique de santé la plus ambitieuse de l'histoire. Il est essentiel, tout particulièrement dans le contexte du COVID-19, que les pays rendent des comptes sur cet engagement et s'acquittent de leur obligation de ne laisser personne de côté.

Cette année, le rapport est fondé sur 45 profils nationaux actualisés, qui peuvent être consultés par le biais du portail de données sur la CSU. La synthèse s'inspire de beaucoup de sources, depuis des enquêtes en ligne et des revues politiques jusqu'à la surveillance des médias et des consultations avec des acteurs non étatiques. Elle donne un aperçu des principaux résultats dans 45 pays, réunit des perspectives diverses et résume les progrès, les lacunes, les défis et les possibilités pour concrétiser les engagements et agir en faveur de la CSU.

Résultat clé n° 1 : la plupart des pays ont convenu de solides engagements et objectifs nationaux pour la CSU, et un nombre croissant examinent leurs progrès. Pour parvenir à la CSU d'ici à 2030, les gouvernements doivent donner suite à leurs engagements.

Résultat clé n° 2 : les engagements des pays et leurs rapports sur la CSU vont rarement de pair avec une stratégie claire pour parvenir à la CSU. Les gouvernements doivent choisir et faire connaître des modalités bien définies pour parvenir à la CSU dans des stratégies nationales de santé fondées sur des systèmes de santé résilients et équitables.

Résultat clé n° 3 : les plans et les rapports des gouvernements sur la CSU se concentrent souvent de manière fragmentaire sur des maladies ou des services précis. La CSU est une occasion d'accélérer les progrès dans l'ensemble des priorités de santé, sur la base d'une approche globale du renforcement des systèmes de santé.

Résultat clé n° 4 : les acteurs non étatiques manquent d'occasions de participer aux activités de planification, d'examen des progrès ou d'application dans la voie vers la CSU menées sous l'égide des pouvoirs publics. Les gouvernements ne pourront pas mettre en place la CSU à eux seuls et ils doivent donc créer un espace où les acteurs non étatiques seront en mesure de participer utilement aux processus gouvernementaux pertinents.

Résultat clé n° 5 : l'importance de l'équité est bien prise en compte dans les initiatives des gouvernements en matière de CSU, mais elle doit être opérationnalisée globalement. Les gouvernements doivent identifier et atteindre tous les groupes de la société risquant d'être laissés pour compte, y compris des groupes à l'intersection de multiples vulnérabilités.

Résultat clé n° 6 : les gouvernements se sont engagés à prendre des mesures multisectorielles pour s'attaquer à des facteurs extérieurs au secteur de la santé. La collaboration avec les secteurs non sanitaires pourrait être sensiblement améliorée afin de garantir une action systématique et collective susceptible de s'attaquer aux déterminants sociaux, économiques, environnementaux et commerciaux de la santé.

En savoir plus sur l'état de l'engagement de votre pays en faveur de la CSU

Le portail de données sur la CSU est une interface unique pour obtenir une vue d'ensemble de l'engagement en faveur de la CSU dans chaque pays, pour avoir accès à des données sur la CSU et les systèmes de santé et pour visualiser les statistiques officielles sur les ODD et des sources choisies des partenaires de la CSU2030.



Introduction

En 2019, les dirigeants mondiaux ont adopté la déclaration politique portant sur la santé la plus ambitieuse et exhaustive de l'histoire lors de la réunion de haut niveau des Nations Unies sur la couverture santé universelle (CSU) : œuvrer ensemble pour un monde en meilleure santé (5). Ce faisant, ils se sont engagés à faire en sorte que, d'ici à 2030, toute personne, où qu'elle se trouve, puisse recevoir les services de santé de qualité dont elle a besoin sans souffrir de difficultés financières. Les pays ont aussi promis d'assurer à un milliard de personnes de plus en 2023 qu'en 2019 des services de santé essentiels de qualité et des médicaments, technologies sanitaires, vaccins et diagnostics sûrs, efficaces et d'un coût abordable (6).

L'objectif du présent rapport est de réunir les différentes opinions d'un éventail de parties prenantes sur la situation actuelle et sur la volonté de progresser vers la CSU d'ici à 2030. Nous avons posé une question simple : **quelles mesures les gouvernements prennent-ils pour s'acquitter de leurs engagements en faveur de la CSU ?** Le rapport est politique, axé sur les pays et orienté vers l'action. Il complète donc les rapports mondiaux de suivi de la CSU qui sont plus techniques et s'intéressent aux indicateurs de la couverture des services et de la protection financière.

La pandémie de COVID-19 a rendu encore plus urgent de mettre en place des systèmes de santé résilients et équitables qui répondent aux besoins des communautés (7, 8, 9). Tout au long de la pandémie, les pays de différentes régions et à différents niveaux de revenu se sont battus pour garantir des soins de santé adaptés et des fournitures médicales, des tests de diagnostic et des soins spécialisés en quantité suffisante. Ceux dont les systèmes de santé sont faibles, qui connaissent de profondes disparités sanitaires et disposent de filets de sécurité financière et sociale insuffisants se sont heurtés à des écueils encore plus grands (9, 10). Le premier rapport sur L'état de l'engagement en faveur de la CSU, publié en décembre 2020 (11), a révélé que les groupes pauvres et vulnérables étaient encore laissés pour compte dans beaucoup de pays, et que les inégalités s'étaient accentuées avec la crise du COVID-19. La pandémie a exposé et accentué les faiblesses des systèmes de santé, mettant en lumière le manque d'investissement dans la santé, les filets de sécurité sociale et la préparation aux urgences.

Les engagements en faveur de la CSU dans chaque pays sont influencés par le contexte national et les politiques, les approches de la gouvernance et les mécanismes de redevabilité des pays (12). Même si la réalité des « nombreux chemins, une seule direction » vers la CSU pose des difficultés pour évaluer les progrès accomplis dans le respect des engagements, cette perspective doit être adoptée pour des avancées réelles dans la compréhension et les approches face à la CSU.

La santé est un choix politique (13), et il est capital que les dirigeants politiques rendent compte de leurs engagements dans le domaine de la CSU. Un leadership politique inadapté et des contraintes financières restent les obstacles majeurs à des progrès équitables (14). Pour conserver la dynamique de la CSU et garantir la redevabilité, les engagements politiques doivent être mesurés et suivis, avec une action correspondante, ainsi que cela a été fait pour des maladies telles que le VIH/sida et pour des problèmes propres à certains groupes de population, comme la santé des femmes, des enfants et des adolescents (14-18). De plus, compte tenu de la complexité des systèmes de santé et leur écosystème élargi, filtrer les données dans la perspective d'un groupe unique ne permettra pas de garantir la redevabilité. La prise de décision, le suivi, l'examen et les mesures correctives doivent associer toutes les parties prenantes, y compris les acteurs non étatiques, pour assurer la légitimité et une appropriation partagée des décisions prises.

La CSU2030 a commencé à se pencher sur l'état de l'engagement en faveur de la CSU en 2020, pour fournir une image consolidée et multipartite des engagements nationaux et mondiaux en vue d'atteindre la CSU d'ici à 2030. Son objectif est de soutenir la redevabilité et le plaidoyer au niveau national, permettant ainsi de demander des comptes aux dirigeants politiques quant à leurs engagements en faveur de la CSU. Plus précisément, le rapport dresse le bilan des objectifs, des engagements et des mesures de suivi convenus lors de la réunion de haut niveau des Nations Unies sur la CSU et la déclaration politique sur la CSU (5). La CSU2030 a résumé les paragraphes pertinents de la déclaration politique, en rapport avec les demandes clés présentées par le Mouvement pour la CSU ; elle présente ainsi les grandes lignes du plaidoyer multipartite stratégique et de la redevabilité pour aider à traduire les engagements de la réunion de haut niveau des Nations Unies en actions concrètes (figure 1).

Figure 1. Principaux domaines d'engagement en faveur de la couverture santé universelle (6)



Le rapport sur L'état de l'engagement en faveur de la CSU a deux éléments principaux. Le premier est le portail de données sur la CSU qui offre un tableau de bord présentant les engagements nationaux en faveur de la CSU et les progrès au fil du temps. [Le tableau de bord de 2020](#) fixait des valeurs de référence pour les engagements des 193 États Membres de l'Organisation des Nations Unies. [Le tableau de bord de 2021](#) recense les progrès accomplis pour s'acquitter de leurs engagements par 45 pays choisis¹ qui ont présenté, ou auraient dû présenter, une « revue nationale volontaire » (RNV) de leurs réalisations en 2021. Les RNV sont une initiative multipartite placée sous l'égide des pays pour assurer un suivi et examiner les progrès dans le cadre du Programme de développement durable à l'horizon 2030.

Le second élément du rapport est la présente synthèse mondiale des messages clés sur les engagements et les actions en faveur de la CSU. L'objet de la synthèse est le suivant :

- partager des conclusions générales sur l'état de l'engagement en faveur de la CSU en 2021 dans les 45 pays ;
- présenter des exemples nationaux de lacunes et de progrès vers la CSU ; et
- compléter les profils des pays sur le portail de données sur la CSU en racontant les histoires qui se cachent derrière les données du tableau de bord.



©The Global Fund / Kuni Takahashi

1 Afghanistan, Allemagne, Angola, Antigua-et-Barbuda, Azerbaïdjan, Bahamas, Bhoutan, Bolivie, Cabo Verde, Chine, Colombie, Cuba, Chypre, Danemark, Djibouti, Égypte, Espagne, Guatemala, Îles Marshall, Indonésie, Iraq, Japon, Madagascar, Malaisie, Mexique, Myanmar, Namibie, Nicaragua, Niger, Norvège, Pakistan, Paraguay, Qatar, République démocratique populaire lao, République dominicaine, République populaire démocratique de Corée, République tchèque, Saint-Marin, Sierra Leone, Suède, Tchad, Thaïlande, Tunisie, Uruguay et Zimbabwe.

Méthodes

Le rapport sur L'état de l'engagement en faveur de la CSU a pour but de répondre à la question suivante : quelles mesures les gouvernements prennent-ils pour s'acquitter de leurs engagements en faveur de la CSU ?

Le processus réunit un éventail de sources de données et les perspectives d'acteurs non étatiques et de gouvernements pour évaluer l'état des engagements pour la CSU en 2021. Cela comprend : i) la mesure dans laquelle l'action sur les engagements a été initiée dans les pays inclus dans le rapport ; et ii) les domaines d'engagement en faveur de la CSU qui ont été priorisés pour progresser.

Le rapport s'inspire de différentes sources de données et méthodes, y compris des revues de politiques et documents, des enquêtes d'acteurs gouvernementaux et non étatiques, le recueil d'indicateurs relatifs à la CSU tirés d'ensembles de données mondiales, la surveillance des médias et des consultations avec des acteurs non étatiques dans des pays choisis. Une [annexe séparée](#) décrit intégralement les méthodes. En résumé, nous avons analysé 113 documents gouvernementaux de politique de santé de 45 pays, conduit des consultations avec des acteurs non étatiques dans neuf pays et analysé 12 « rapports parallèles » dans le cadre du processus de RNV, qui sont des revues des ODD dirigées par des acteurs non étatiques. Au total, 76 acteurs non étatiques et sept gouvernements ont répondu à l'enquête personnalisée sur la CSU, et 759 sources médiatiques (médias sociaux et informations) ont été incluses dans l'analyse. Le rapport dispose donc d'une bonne base pour identifier les difficultés et les progrès communs dans différents pays et dans différentes perspectives, tout en reconnaissant que les résultats ne peuvent représenter les progrès de tous les pays vers la CSU.

Au début de la préparation du rapport de cette année, les participants ont noté qu'il était important d'expliquer la continuité de « l'engagement », depuis la volonté politique de haut niveau jusqu'aux réformes institutionnelles et à la mise en œuvre. L'encadré 1 montre comment nous avons classé par catégorie trois types d'engagement lors de l'examen des progrès des pays vers la CSU et de la présentation des données dans le tableau de bord des profils nationaux.

Encadré 1. Continuité des engagements en faveur de la CSU^a

Engagement rhétorique (volonté politique)

Déclaration prospective (orale ou écrite) faite par des membres d'un gouvernement qui reconnaissent que la CSU est importante et qu'il est nécessaire d'agir sans délai. Un engagement rhétorique peut être un « geste symbolique » ou peut toucher un « programme décisionnel » et se transformer en action par le biais de directives pour l'action gouvernementale et sociétale d'un des deux types d'engagement.

Engagement institutionnel (réforme institutionnelle)

Transformation d'un engagement rhétorique en infrastructure politique concrète, notamment en conférant aux institutions la responsabilité de coordonner les mesures et en adoptant une législation, des politiques et des instruments politiques habilitants.

Engagement opérationnel (mise en œuvre)

Transformation des engagements rhétoriques et institutionnels en action sur le terrain, qui peut inclure l'allocation suivie de ressources humaines, techniques ou financières, la coordination efficace des acteurs conformément aux modalités nationales et sous-nationales de mise en œuvre et la participation des gestionnaires de programmes et des équipes d'exécution.

^a Adapté de (19)

Résultats

Nous avons observé une grande diversité entre pays du point de vue de leur engagement en faveur de la CSU. La plupart ont défini de fermes engagements nationaux et des objectifs pour la CSU. De plus en plus d'entre eux analysent leurs progrès. Ils sont cependant moins nombreux à avoir articulé clairement une vision et une stratégie pour parvenir à la CSU, spécialement face à la pandémie de COVID-19 et ses conséquences sur la santé et les économies.

De toute évidence, le message global est que les pays ne réaliseront pas la CSU d'ici à 2030 s'ils ne donnent pas suite à leurs engagements. Il faut accélérer la traduction de la volonté politique en impacts sur la santé pour mettre en place la CSU d'ici à 2030.

Même s'il n'existe pas d'approche unique de la CSU, les résultats soulignent combien il est important : de définir des méthodes stratégiques précises pour réaliser la CSU, sur la base de systèmes de santé résilients et équitables ; d'élargir la participation des acteurs non étatiques ; d'utiliser des perspectives multidimensionnelles pour identifier et atteindre les communautés vulnérables ; et de resserrer la collaboration avec les secteurs autres que la santé. Ces résultats sont développés ci-dessous.



©The Global Fund / Petterik Wiggers / Panos

Résultat clé n°1 : la plupart des pays ont convenu de solides engagements et objectifs nationaux pour la CSU, et un nombre croissant examinent leurs progrès. Pour parvenir à la CSU d'ici à 2030, les gouvernements doivent donner suite à leurs engagements.

Les pays ont souscrit un vaste éventail d'engagements alignés sur la déclaration politique relative à la CSU (5) et ils ont défini des objectifs nationaux et inclus la CSU dans leur revue de la réalisation des ODD. La plupart des pays examinés dans ce rapport ont souscrit des engagements conformes aux principaux engagements en faveur de la CSU (figure 1). Le domaine sur lequel la plupart des pays se sont engagés est de ne laisser personne de côté, ce qui semble indiquer que les gouvernements sont conscients du fait que l'équité est au centre de la CSU.

En 2021, par comparaison avec les années précédentes, une plus forte proportion de rapports des RNV a examiné la CSU de façon descriptive, sous forme numérique et avec les indicateurs officiels des ODD pour la CSU (3.8.1 et 3.8.2) dans la perspective de la redevabilité quant aux ODD. Il est capital d'examiner les progrès accomplis dans la réalisation de la CSU pour comprendre et combler les lacunes. L'analyse de tous les rapports des RNV en 2021 montre une tendance positive par comparaison avec les années précédentes. En 2021, 90% des rapports ont analysé la CSU de manière descriptive, 55% sous forme numérique alors que 25% des rapports ont examiné la cible 3.8.1 ou 3.8.2 des ODD. De 2016 à 2020, 71% des rapports des RNV avaient examiné la CSU, 37% l'avaient fait quantitativement et à peine 13% des rapports avaient analysé la cible 3.8.1 ou 3.8.2 (10). Une amélioration a aussi été constatée dans les « rapports parallèles » sur la mise en œuvre des ODD préparés par la société civile et les acteurs non étatiques, puisque 25% des rapports parallèles de la société civile des pays ayant présenté une RNV incluaient un examen de la CSU en 2021, contre seulement 13% en 2019 et en 2020.

Beaucoup de pays donnent suite à leurs engagements politiques de haut niveau par le biais de réformes institutionnelles et de la mise en œuvre. Dans les 45 pays, l'engagement en faveur de la CSU semble avoir progressé au-delà des déclarations rhétoriques et visionnaires générales pour se traduire par la mise en place d'infrastructures politiques. D'après la typologie décrite à l'encadré 1, les engagements en faveur de la CSU sont maintenant largement au stade institutionnel et se rapprochent de la forme opérationnelle. Plus précisément, dans les 45 pays examinés par la CSU2030 en 2021, 20% des engagements pour la CSU étaient rhétoriques, 44% étaient institutionnels et 36% étaient opérationnels. Par conséquent, la plupart des déclarations gouvernementales sur la CSU mentionnaient des infrastructures politiques existantes ou en cours d'élaboration pour la CSU ou une vision rhétorique de l'avenir plutôt que de fournir des données sur l'application de la CSU, ce qui peut être considéré comme un progrès prometteur dans le laps de temps relativement court qui s'est écoulé depuis l'adoption des engagements mondiaux en 2019. Il arrive, néanmoins, que les institutions et les politiques manquent de puissance et ne soient pas dotées de ressources suffisantes, et donc aient un retentissement limité. Un niveau élevé d'engagement institutionnel pourrait aussi être le signe de retouches superficielles des politiques existantes pour les transformer en engagements en faveur

de la CSU (voir analyse plus approfondie au titre du résultat clé n° 3). En fait, les consultations avec les acteurs non étatiques nationaux et les rapports parallèles pour les RNV ont révélé un décalage manifeste entre la politique et la réalité. Par conséquent, les gouvernements doivent accélérer le travail pour honorer leurs promesses sur la CSU : prendre des engagements institutionnels ne signifie pas leur donner suite.

Pendant la pandémie de COVID-19, certains gouvernements ont accordé moins de priorité au maintien des services de santé essentiels à un coût abordable. Les consultations nationales sur la CSU² et les rapports parallèles de la société civile pour les RNV (20) indiquent que le COVID-19 a restreint l'accès aux soins de santé et aux subventions publiques. Beaucoup de gouvernements se sont concentrés sur la réponse à la pandémie et ont reporté le travail sur la CSU, ce qui a encore exacerbé les inégalités de santé et les difficultés financières personnelles. Les consultations avec les pays et les rapports parallèles décrivent une réduction des services de santé pour les affections et maladies autres que le COVID-19, aggravant la vulnérabilité de communautés et populations déjà fragiles. Dans certains pays, le détournement de personnels vers les soins du COVID-19 a obligé à fermer des centres de santé publique où le traitement et les services tels que le dépistage du VIH, les consultations de santé mentale et les services de santé sexuelle et génésique étaient accessibles gratuitement aux groupes vulnérables.

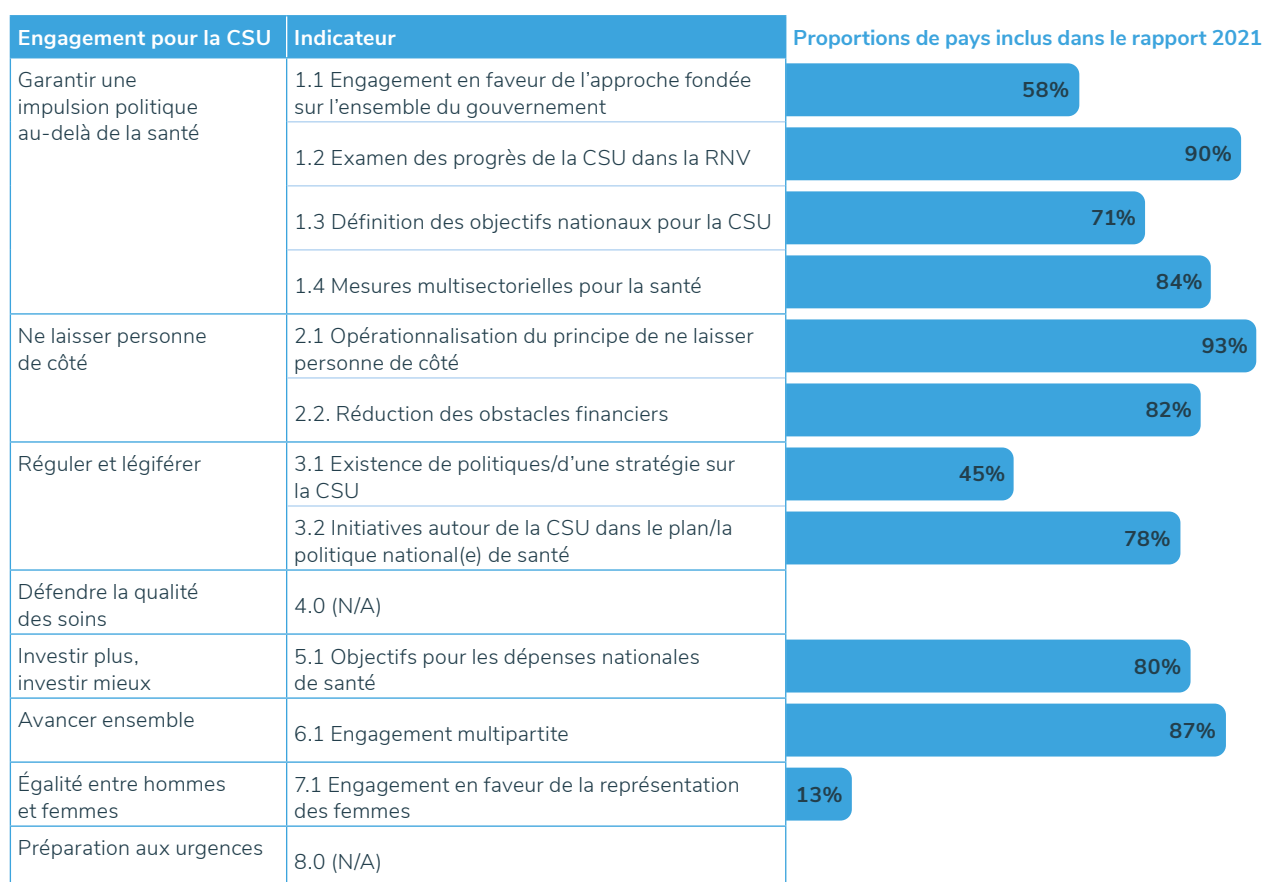
Les gouvernements n'abordent pas correctement l'égalité des sexes dans leurs engagements pour la CSU, spécialement la représentation des femmes dans le leadership politique et sanitaire. Dans les 45 pays examinés, il est frappant de constater qu'il n'y a guère de volonté des pouvoirs publics de relever l'autonomisation et la représentation des femmes dans le leadership politique et sanitaire, conformément à la déclaration politique sur la CSU : à peine six gouvernements s'y sont engagés. Il devrait être dans l'intérêt de chaque pays de promouvoir la représentation et le leadership des femmes et des personnes non binaires pour garantir une prise de décision inclusive qui réponde à leurs besoins (21). Même si beaucoup d'efforts menés dans le cadre de la CSU portent sur la santé génésique, maternelle, néonatale et infantile, une approche plus globale serait nécessaire pour satisfaire les besoins sanitaires des femmes et des filles. Les femmes représentent 70% des personnels de santé dans le monde, mais elles sont encore écartées des rôles de direction (22, 23).

La figure 2 montre la proportion de pays qui ont souscrit des engagements spécifiques conformément à des domaines choisis de l'engagement en faveur de la CSU : impulsion politique au-delà de la santé ; ne laisser personne de côté ; défendre la qualité des soins³ ; réguler et légiférer ; investir plus, investir mieux ; avancer ensemble ; et égalité entre les hommes et les femmes.

2 Une synthèse des consultations sur la CSU avec les pays sera disponible prochainement : Mécanisme de participation de la société civile (MPSC) en ligne.

3 Les indicateurs pour le domaine d'engagement en faveur de la CSU « Défendre la qualité des soins » figurent dans l'actualisation 2021 du tableau de bord de la CSU ; néanmoins, la qualité et la somme de données étaient insuffisantes pour pouvoir les inclure dans le présent rapport.

Fig. 2. Aperçu des engagements spécifiques pour la CSU pris par les pays examinés en 2021



©The Global Fund/Saiful Huq Omi

Résultat clé n° 2 : les engagements des pays et leurs rapports sur la CSU vont rarement de pair avec une stratégie claire pour parvenir à la CSU. Les gouvernements doivent choisir et faire connaître des modalités bien définies pour parvenir à la CSU dans des stratégies nationales de santé fondées sur des systèmes de santé résilients et équitables.

La plupart des politiques nationales de santé et des RNV n'ont pas inclus de références à des stratégies bien définies pour atteindre la CSU. Beaucoup de rapports sur les RNV et de politiques gouvernementales de santé ont dressé la liste de différentes initiatives pour la CSU sans lien entre elles, ce qui montre que les pays examinés n'ont pas défini de plans stratégiques précis pour parvenir à la CSU ou ne communiquent pas efficacement sur ces plans. Même si beaucoup d'engagements institutionnels sont identifiés, les pays peuvent retoucher superficiellement des politiques de santé et des programmes verticaux existants pour en faire des engagements en faveur de la CSU, plutôt que d'élaborer des plans bien conçus et cohérents en vue d'atteindre la CSU. Du point de vue de la communication des plans, les initiatives pour la CSU n'étaient pas toujours décrites explicitement comme telles et les politiques devaient être étudiées de près et interprétées afin d'identifier les initiatives prévues pour réaliser la CSU. Beaucoup d'acteurs non étatiques nationaux ont décrit un manque d'activités transparentes de planification, de budgétisation et d'évaluation des initiatives pour la CSU. De même, les consultations avec les pays et l'enquête auprès des acteurs non étatiques ont révélé qu'une priorité accrue était accordée à la CSU en tant que but, plutôt qu'à des plans de mise en œuvre et d'évaluation pour y parvenir. Un résultat clé de l'enquête de 2020 sur la CSU était que les parties prenantes ignoraient ce que constitue un engagement en faveur de la CSU et quels engagements, le cas échéant, avait souscrits leur gouvernement récemment ou dans le passé (11). Le rapport de cette année rappelle qu'une meilleure communication sur la CSU est nécessaire, avec un aperçu clair et cohérent des plans stratégiques pour la CSU. Les pays devraient faire connaître des politiques précises et efficaces pour garantir la redevabilité et une plus grande transparence dans les activités autour de la CSU.

D'après des acteurs non étatiques ayant répondu à l'enquête sur la CSU, **certains gouvernements semblent avoir priorisé des objectifs mondiaux et des partenaires internationaux de préférence à des acteurs locaux pour concevoir et appliquer les initiatives sur la CSU.** Il arrive que les gouvernements mettent l'accent sur des cadres de travail et objectifs mondiaux qui faussent la priorisation des initiatives pour la CSU dans leur pays (24, 25). Cette perspective est étayée par les RNV qui montrent la façon dont les gouvernements rapportent l'inclusion de la CSU dans leurs politiques, qui semblent se concentrer sur les types de maladies prioritaires dans le cadre des indicateurs mondiaux pour la CSU⁴, une combinaison d'indicateurs convenus par les États Membres de l'ONU pour examiner et surveiller les progrès dans la réalisation de la CSU. Même si un cadre normalisé d'indicateurs mondiaux est essentiel pour les revues mondiales de la CSU et les comparaisons internationales, il ne devrait pas influencer négativement sur les priorités des pays en matière de CSU.

4 <https://unstats.un.org/sdgs/metadata/?Text=&Goal=3&Target=3.8>.

Résultat clé n° 3 : les plans et les rapports des gouvernements sur la CSU se concentrent souvent de manière fragmentaire sur des maladies ou des services précis. La CSU est une occasion d'accélérer les progrès dans l'ensemble des priorités de santé, sur la base d'une approche globale du renforcement des systèmes de santé.

Les engagements et rapports des gouvernements sur la CSU sont souvent fondés sur de multiples programmes et initiatives spécifiques à des maladies, sans alignement clair.

C'est probablement dû à l'absence de stratégies cohérentes pour réaliser la CSU qui conduit inévitablement les plans et rapports à se concentrer sur des maladies ou services précis (résultat clé n° 2). C'est aussi un legs de la coopération internationale pendant l'époque des objectifs du Millénaire pour le développement, qui a souvent créé des structures verticales s'occupant de maladies ou d'interventions spécifiques, et qui a abouti à des sous-systèmes fonctionnant indépendamment du reste du système de santé et risquant de dupliquer les responsabilités et compromettre la rentabilité de l'emploi des ressources et parfois la prise en charge efficace des cas (25).

Dans 35 des 45 pays, la politique nationale de santé a élargi la CSU par l'une de ses dimensions de couverture des services, de protection financière ou de couverture de la population. L'analyse des plans, des rapports et des avis de différents acteurs suggère que **rares sont les pays à adopter une approche exhaustive englobant ces dimensions**. Les gouvernements décrivent leurs progrès et leurs initiatives en matière de CSU de manière fragmentée, selon les programmes propres à certaines maladies, avec des mesures sur la prestation de services de santé pour des affections précises au lieu d'une approche complète, systémique et englobant tout le cycle de la vie qui garantira la couverture pour toutes les maladies et les groupes de population.

Dans les rapports des gouvernements, la majorité des engagements en faveur de la CSU portaient sur des domaines propres à certaines maladies de préférence à des approches globales de la santé, par exemple centrées sur les SSP ou l'élargissement des paniers de services de santé essentiels. Plus précisément, de tous les engagements pour la CSU relatifs aux services de santé, à peine 14,5% (96 des 662 engagements examinés) avaient trait aux SSP ou aux paniers de services de santé essentiels ; les autres ciblaient des services de santé précis. Cette situation est décrite par certains acteurs non étatiques (consultations des pays et rapport parallèles dans le cadre du processus des RNV) qui ont mis en lumière un manque d'intégration dans les services de santé, d'accès aux SSP et d'approches globales et de planification de la CSU.

C'est là une occasion manquée. **La CSU représente une approche globale et systémique en vue de garantir la couverture de tous les domaines thérapeutiques et les groupes de population tout au long du cycle de vie.** Il n'est pas problématique en soi de rendre compte des programmes de lutte contre des maladies individuelles et/ou des services traceurs, par exemple des indicateurs de programme nationaux de lutte contre le paludisme ou de vaccination, ou encore la proportion de femmes ayant réalisé un nombre minimal de visites prénatales, et ces programmes et services sont bien entendu importants. Néanmoins, ces rapports peuvent aussi refléter (ou, pire encore, encourager) le cloisonnement de la planification, la budgétisation et la mise en œuvre. De même, il subsiste une tendance à affirmer « pas de CSU sans... » pour n'importe quel type de maladie, plutôt que de voir les avantages d'une approche plus globale et alignée pour de multiples maladies.

Les pays qui ont accompli les progrès les plus rapides vers la CSU ont montré qu'une approche globale bénéficie aux résultats dans de multiples domaines thérapeutiques et de santé. À cette fin, il faut donner la priorité de manière cohérente au renforcement des systèmes de santé, en lien avec l'élargissement de la couverture des services et la protection financière dans l'ensemble des domaines thérapeutiques et de santé et pour les différents groupes de population.



Résultat clé n° 4 : les acteurs non étatiques manquent d'occasions de participer aux activités de planification, d'examen des progrès ou d'application dans la voie vers la CSU menées sous l'égide des pouvoirs publics. Les gouvernements ne pourront pas mettre en place la CSU à eux seuls et ils doivent donc créer un espace où les acteurs non étatiques seront en mesure de participer utilement aux processus gouvernementaux pertinents.

Nos résultats renforcent les conclusions précédentes (11, 28) montrant une participation limitée des acteurs non étatiques aux activités gouvernementales autour de la CSU et indiquent un manque général de progrès dans la réalisation de la promesse de la CSU d'« avancer ensemble ». L'engagement de l'ensemble de la société au travers des mécanismes de participation sociale est capital pour demander des comptes aux gouvernements sur leurs obligations en matière de CSU. Il est essentiel pour améliorer la réactivité et la légitimité des politiques de la CSU car il garantit la participation de la société civile à la formulation et la mise en œuvre des politiques sur la CSU (28). Dans les 45 pays qui ont présenté un rapport en 2021, la principale occasion pour la plupart des acteurs non étatiques de participer aux activités menées sous l'égide du gouvernement était la mise en œuvre des politiques. Un exemple positif d'une forte participation sociale à la définition et l'application des politiques sur la CSU, néanmoins, est la décision du Gouvernement thaïlandais d'associer d'autres parties prenantes à la politique sur la CSU et de collaborer avec elles. Les représentants de la société civile ont ainsi obtenu de siéger au conseil national de sécurité sanitaire, où ils ont contribué à rédiger la loi nationale sur la sécurité sanitaire qui a été présentée au Parlement dès 2001 (29).

Les résultats de l'enquête montrent sans conteste un **manque général de soutien gouvernemental à la participation sociale**. Moins de la moitié des 76 répondants parmi les acteurs non étatiques ont indiqué qu'ils avaient eu l'occasion d'élaborer des politiques nationales de santé ; 45 (67% des répondants) ont affirmé que leur gouvernement n'avait pas ou très peu soutenu leur participation. Même si 43 acteurs non étatiques ont participé à l'application de la politique de santé, à peine 35 ont déclaré qu'ils avaient collaboré à la définition de cette politique. Les répondants non étatiques à l'enquête ont fréquemment noté qu'ils n'avaient pas eu la possibilité d'évaluer formellement les politiques. Un certain nombre d'organisations de la société civile (OSC) ont cette capacité et entreprennent des évaluations, mais ces activités restent souvent des initiatives des OSC et ne s'intègrent pas dans les procédures publiques d'évaluation. En Tunisie, par exemple, une association a entrepris une évaluation rapide de la réponse du secteur public à l'impact du COVID-19 sur le travail des sage-femmes, leurs opinions et leurs besoins dans le cadre du programme national de santé sexuelle et génésique et des structures de santé publique sur tout le territoire national.

La prise de décision sur les politiques de santé pour la CSU semble être dirigée par les gouvernements dans des structures depuis le sommet vers la base. La plupart des décisions sont prises par les gouvernements et une minorité d'acteurs et de groupes influents, comme les institutions internationales de développement et des organisations non gouvernementales bien établies qui ne sont pas forcément représentatives de tout l'ensemble des acteurs non étatiques. Par exemple, il a été rapporté depuis la Sierra Leone que les acteurs non étatiques prennent part

aux discussions sur les problèmes de santé, mais les décisions réelles sont prises au niveau de l'État et ne reflètent pas toujours leurs intérêts.

Les occasions de participer aux activités gouvernementales ont été décrites par beaucoup comme sporadiques et superficielles. Un point commun à beaucoup de pays à tous les niveaux de revenu est la participation civique limitée ou en recul. D'après les notations de l'espace civique dans le monde réalisées par CIVICUS (30), dans 21 des 45 pays examinés dans ce rapport, l'espace civique est fermé ou réprimé. Les réponses des acteurs non étatiques au Japon et les consultations avec le pays ont décrit une approche contrôlée par les pouvoirs publics de la collaboration avec des acteurs non étatiques sur la CSU. Cela signifie que, même dans des pays qui ont accompli beaucoup de progrès sur des indicateurs précis de la CSU, il peut exister des lacunes et des difficultés pour garantir une CSU inclusive et équitable. Le gouvernement a été décrit comme n'ayant pas de mécanismes permanent ou formel pour collaborer avec la société civile et les communautés sur la planification, la budgétisation, l'évaluation ou l'examen des activités du secteur de la santé pour la CSU. Au contraire, les possibilités pour ces groupes de collaborer sont temporaires, limitées et circonstancielles.

Quand des occasions se présentent, elles sont « dominées par les experts et les représentants de la profession », comme les associations médicales et les prestataires, à l'exclusion des communautés et des personnes qui ne se conforment pas aux notions d'experts professionnels et n'ont pas les ressources pour remettre en cause cet arrangement. Pour les acteurs non étatiques, les conséquences de ces systèmes structurés depuis le sommet sont des politiques qui ne reflètent pas les besoins de la population ou des groupes les plus vulnérables. Aucun des répondants à l'enquête parmi les acteurs non étatiques n'a fait état de voies officielles pour relayer les demandes au niveau national.

Si les organisations de la société civile qui travaillent au niveau local ont indiqué qu'elles avaient des possibilités locales de définir et d'appliquer des politiques, elles avaient du mal à prendre part aux initiatives nationales pour la CSU, en partie par manque d'influence, de ressources et d'information sur la manière et le moment d'agir. Néanmoins, des progrès ont quand même été relatés. Des participants en Espagne ont évoqué des consultations publiques sur une nouvelle loi sur la santé universelle et des acteurs non étatiques au Pakistan ont fait référence au plaidoyer de groupes de patients comme une manière d'établir une meilleure culture de la participation sociale.

Ainsi que mentionné ci-dessus, ces résultats renforcent les conclusions précédentes (11, 28) et les discussions sur l'espace restreint disponible aux acteurs non étatiques pour participer à l'action gouvernementale. Ils indiquent que **la participation sociale pour la CSU n'a guère progressé**. C'est préoccupant car aussi bien les acteurs étatiques que non étatiques doivent entreprendre d'appliquer des politiques pour parvenir à la CSU d'ici à 2030. Si les acteurs non étatiques ne sont pas inclus dans la gouvernance ou dotés des moyens d'y participer, la mise en place de la CSU demeurera une chimère. Cet état de choses est particulièrement inquiétant pour les groupes qui sont le plus en retard et le plus souvent oubliés par les politiques, la mise en œuvre et l'évaluation de la CSU (28).

Résultat clé n° 5 : l'importance de l'équité est bien prise en compte dans les initiatives des gouvernements en matière de CSU, mais elle doit être opérationnalisée globalement. Les gouvernements doivent identifier et atteindre tous les groupes de la société risquant d'être laissés pour compte, y compris des groupes à l'intersection de multiples vulnérabilités.

La santé est un droit de l'homme fondamental et il est essentiel de desservir les populations les plus marginalisées et vulnérables (31). **Trente et un des 45 gouvernements ont identifié des populations vulnérables spécifiques et le principe de ne laisser personne de côté arrive au deuxième rang pour ce qui est du nombre global d'engagements, ce qui signifie que l'équité est reconnue comme étant au centre des initiatives gouvernementales pour la CSU.** Pourtant, l'opérationnalisation de cet engagement ne semble pas être complète, puisque les pays ont identifié des inégalités parmi des groupes spécifiques de population selon des critères traditionnels, unidimensionnels, c'est-à-dire une méthode pour s'attaquer aux inégalités de santé qui a toujours échoué (32). Dans leurs documents cadres, les pays ne semblent pas avoir adopté les perspectives multidimensionnelles recommandées par les Nations Unies pour identifier les laissés pour compte dans la réalisation des ODD (31).

Un exemple de l'emploi d'une approche multidimensionnelle pour identifier et tenter d'atteindre des communautés vulnérables est la promesse de l'Égypte dans sa RNV (34) d'étendre l'assurance maladie à 42 000 pêcheurs vulnérables à plusieurs titres. Les déterminants d'un mauvais état de santé sont essentiels pour lever les obstacles à l'équité, ainsi que l'ont remarqué de nombreux acteurs non étatiques. La collaboration multisectorielle pour la CSU est de toute évidence nécessaire, comme le décrit le résultat clé n° 6. Chaque communauté vulnérable a des besoins et des obstacles spécifiques pour avoir accès aux services de santé. L'encadré 2 présente une liste des groupes qui ont semblé mériter une attention particulière d'après les consultations avec les pays, les RNV et les rapports parallèles de la société civile.



Encadré 2. Réponses des acteurs non étatiques à la question : quels problèmes la société civile voudrait-elle voir priorités dans la CSU ?

Discrimination

Différents groupes de population, notamment les personnes vivant avec le VIH/sida, les toxicomanes, les communautés LGBTQIA+, les migrants, les victimes de violences familiales et les professionnels du sexe, ont fréquemment indiqué que la discrimination influait sur leur santé. La stigmatisation et la discrimination pendant les interactions avec les professionnels de santé, le manque de confidentialité et les lois discriminatoires figuraient au nombre des écueils souvent cités. La crainte des persécutions et les difficultés dans le système de justice pénale ont aussi été considérées comme des obstacles évidents à la CSU.

Difficultés rencontrées par les femmes et les filles

L'accès à l'avortement, les coûts relatifs à l'accouchement et aux services de santé sexuelle et génésique étaient les services de santé les plus souvent cités pour être inclus dans la CSU. Des améliorations dans différents services non sanitaires qui influencent la santé des femmes et des filles étaient aussi souhaitées, par exemple l'éducation à la santé et la planification familiale, pour lesquelles des coutumes et traditions restrictives et le manque de connaissances sur la santé représentaient des obstacles.

Violences sexistes

Les victimes de violences sexistes, tout particulièrement de violences familiales, ont fait l'expérience de programmes de protection sociale biaisés ainsi que de la discrimination et la stigmatisation sexistes. Des appels ont exhorté à faire mieux connaître les services disponibles, à promouvoir la confidentialité et à octroyer une meilleure protection globale aux victimes.

Obstacles pour les personnes en situation de handicap

Les personnes en situation de handicap font face à des difficultés pour obtenir une protection financière et un accès aux services. Les acteurs non étatiques ont cité l'importance de la réduction des dépenses à la charge des patients et des coûts de l'assurance maladie, en plus de changements de la réglementation, comme les politiques d'assurance non restrictives qui ne limitent pas l'accès. De plus, pour élargir l'accès, les infrastructures et les systèmes de santé doivent être réactifs et plus adaptés.

La CSU pour les migrants et les réfugiés

Dans les pays examinés, les régimes d'assurance excluait ou imposaient un fardeau administratif extrême à l'accès aux services de santé pour les migrants (avec ou sans papiers) et les réfugiés. Les enfants migrants et les enfants migrants non accompagnés ont besoin d'une protection supplémentaire et d'un accès à la CSU, puisqu'ils sont à l'intersection de nombreuses vulnérabilités.

Appel à l'amélioration des services de santé mentale

Les personnes qui souffrent de problèmes de santé mentale font face à des soins de qualité médiocre, ainsi que des coûts élevés, et sont stigmatisées quand elles ont accès aux services de santé mentale. Des consultations de santé mentale gratuites et normalisées, assurées par du personnel spécialisé et avec un financement suffisant, sont essentielles. De plus, les modestes ressources financières et humaines des services de santé mentale ont été détournées pendant la pandémie de COVID-19, provoquant de nouvelles réductions de ces services alors que la demande a énormément augmenté.

D'après les consultations nationales et les rapports parallèles dans le cadre du processus de RNV.

Une comparaison entre les groupes de population ciblés pour les initiatives de la CSU par les gouvernements et ceux qui étaient laissés pour compte d'après d'autres sources a montré clairement **une exclusion générale des professionnels du sexe et des victimes de violences sexistes**. Aucune source gouvernementale n'a mentionné ces groupes qui ont signalés comme ayant besoin d'une attention supplémentaire dans les consultations avec les acteurs non étatiques et les rapports parallèles dans le cadre des RNV. Ce décalage est préoccupant, puisque les femmes et les filles courent un risque nettement accru de violences familiales pendant la pandémie de COVID-19 (35). De plus, les gouvernements ont rarement abordé les questions de santé mentale dans leurs initiatives pour la CSU, en dépit des appels des acteurs non étatiques les encourageant à élargir l'accès et à inclure la santé mentale dans la CSU. Un alignement a néanmoins été constaté dans la priorisation des personnes en situation de handicap, qui représentaient le troisième groupe le plus fréquemment mentionné par les gouvernements, après les enfants et les femmes. Les acteurs non étatiques ont estimé que ce groupe nécessitait une attention pour la CSU. Les groupes laissés de côté par les gouvernements et d'autres sources sont comparés pour chaque pays [dans le tableau de bord](#).

Les initiatives gouvernementales pour la CSU ne sauraient se limiter à assurer des services spécifiques à des populations spécifiques ou à se centrer uniquement sur des soins curatifs aux dépens des services de prévention et de promotion de la santé. Au contraire, **les gouvernements doivent s'engager en faveur de politiques qui encouragent une continuité intégrée et holistique des soins pour mettre en place des systèmes de soins de santé primaires solides**. Les systèmes de santé doivent garantir une couverture véritable afin que « les personnes qui ont besoin de services de santé les obtiennent en temps voulu et à un niveau de qualité nécessaire pour parvenir à l'effet désiré et à des bénéfices de santé potentiels » (36, 37) – un système de santé centré sur la personne⁵ qui assure des soins de qualité à toutes les personnes à tout moment (37, 38). Au cours des consultations nationales avec les acteurs non étatiques et dans les rapports parallèles, de nombreuses voix ont déploré le manque évident d'attention dont souffrent les services de soins de santé intégrés pour les personnes handicapées : « La collaboration avec les communautés de personnes en situation de de handicap s'est réalisée dans l'isolement

⁵ Dans une approche de systèmes de santé centrés sur la personne, les soins sont adaptés consciemment aux perspectives des individus, des familles et des communautés en tant que participants à des systèmes de santé fiables – et bénéficiaires de ces systèmes qui répondent à leurs besoins et à leurs préférences humainement et de manière holistique. Les soins centrés sur la personne supposent que les patients disposent de la formation et de l'appui nécessaires pour prendre des décisions et participer à leurs propres soins. Ils sont organisés autour des besoins de santé et des attentes des personnes plutôt que de leurs maladies.

concernant leurs handicaps, sélectivement et sporadiquement. Par exemple, les personnes souffrant d'une lésion de la colonne vertébrale ont été consultées uniquement sur les problèmes de réadaptation, et non sur l'ensemble des services et centres de santé. » Ces lacunes sont aussi manifestes dans le secteur de la santé mentale où de nombreuses communautés de personnes en situation de handicap souffrent en silence en raison du manque de participation à des programmes organisés. Cela, à son tour, empêche une approche intégrée de la prestation des soins de santé à ceux qui ont des handicaps liés.

Les consultations nationales dans les Caraïbes ont noté beaucoup de critiques sur le manque de priorité accordée aux soins de santé primaires où « la motivation politique favorise les résultats infrastructurels extrêmement visibles comme les hôpitaux, au lieu de se centrer sur le renforcement des systèmes de santé au niveau des soins primaires » et « la prévention primaire et la promotion de la santé ne sont pas normalement considérées comme aussi importantes par l'État. C'est la société civile qui se charge de l'essentiel de ce travail. »

Résultat clé n° 6 : les gouvernements se sont engagés à prendre des mesures multisectorielles pour s'attaquer à des facteurs extérieurs au secteur de la santé. La collaboration avec les secteurs non sanitaires pourrait être sensiblement améliorée afin de garantir une action systématique et collective susceptible de s'attaquer aux déterminants sociaux, économiques, environnementaux et commerciaux de la santé.

Les pays ont reconnu qu'ils devraient utiliser des approches multisectorielles pour faire progresser la CSU dans leurs politiques. Près de la moitié des gouvernements (23 sur 45 pays) se sont engagés en faveur de politiques fondées sur l'ensemble du gouvernement et qui incluent toujours une composante santé⁶, et 36 ont mis au point des approches multisectorielles pour la santé et le bien-être. Beaucoup de ces approches s'attaquaient aux déterminants systémiques de la santé, notamment les politiques pour des villes saines afin de créer des environnements qui favorisent le bien-être au Qatar et les politiques pour lutter contre les inégalités en augmentant la protection sociale à Antigua-et-Barbuda. Par conséquent, des exemples efficaces de collaboration multisectorielle pour la CSU se font jour, même si les voix des acteurs non étatiques dans ce rapport indiquent qu'il y a encore beaucoup d'obstacles à la santé qui dépassent le secteur de la santé.

Ainsi que le montre le résultat clé n° 5, un grand nombre des obstacles à la CSU auxquels se heurte la population se rapportent aux difficultés en dehors du secteur de la santé. Cela signifie que les acteurs de la santé doivent travailler plus étroitement avec les autres secteurs pour opérationnaliser leurs engagements en faveur de la CSU. Une approche intégrée est nécessaire, à l'intérieur et à l'extérieur du secteur de la santé, pour s'attaquer systématiquement aux déterminants sociaux, économiques, environnementaux et commerciaux de la santé.

Ainsi, dans son plan national de développement de la santé, l'Angola a préparé une approche globale, coordonnée et intersectorielle pour aborder les déterminants de la santé, dans le cadre de laquelle le Ministère de la santé interagit avec d'autres secteurs gouvernementaux tels que les finances, l'éducation, la famille, l'emploi et la défense. Une commission multisectorielle a été créée pour surveiller et évaluer le plan, avec des représentants de structures sanitaires provinciales (39). Le plan stratégique multisectoriel national 2014-2024 du Gouvernement pour prévenir les maladies transmissibles et non transmissibles inclut des engagements institutionnels et opérationnels destinés à améliorer la sécurité routière et réduire la violence qui associent de nombreux secteurs faisant la promotion d'habitudes et de modes de vie sains. Différentes stratégies pour recruter d'autres secteurs en vue d'élaborer et d'appliquer des politiques de santé ont été citées, comme la collaboration intersectorielle sur les politiques de santé mentale en République dominicaine (40) et « un modèle de travail intégré » avec une approche multidisciplinaire pour garantir un accès équitable à des services de santé de qualité et des programmes de santé publique efficaces en Colombie (41).

⁶ L'approche qui intègre une composante santé dans toutes les politiques permet de protéger la santé des personnes et de s'attaquer de manière globale aux déterminants sociaux, économiques, environnementaux et autres de la santé en associant tous les secteurs.

Références

- 1 Couverture sanitaire universelle (CSU). Principaux repères. Genève: Organisation mondiale de la Santé ; 1 avril 2021 ([https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc)), consulté le 14 novembre 2021).
- 2 Waisel DB. Vulnerable populations in healthcare. *Curr Opin Anaesthesiol.* 2013;26(2):186–92 (doi: 10.1097/ACO.0b013e32835e8c17; PMID: 23385323).
- 3 Social determinants of health. Rockville (MD): Office of Disease Prevention and Health Promotion; 2021 (<https://health.gov/healthypeople/objectives-and-data/social-determinants-health>, consulté le 14 novembre 2021).
- 4 Rapport mondial de suivi de la CSU (2021, à paraître). Genève: Organisation mondiale de la Santé. (<https://www.who.int/data/monitoring-universal-health-coverage>).
- 5 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/fr/A/RES/74/2>, consulté le 14 novembre 2021).
- 6 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 14 novembre 2021).
- 7 OECD policy responses to coronavirus (COVID-19). Strengthening the frontline: How primary health care helps health systems adapt during the COVID 19 pandemic. Paris: Organization for Economic Co-operation and Development; 2021 (<https://www.oecd.org/coronavirus/policy-responses/strengthening-the-frontline-how-primary-health-care-helps-health-systems-adapt-during-the-covid-19-pandemic-9a5ae6da/>, consulté le 14 novembre 2021).
- 8 WHO's 7 policy recommendations on building resilient health systems. Departmental news. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://www.who.int/news/item/19-10-2021-who-s-7-policy-recommendations-on-building-resilient-health-systems>, consulté le 14 novembre 2021).
- 9 Nacoti M, Ciocca A, Giupponi A, Brambillasca P, Lussana F, Pisano M et al. At the epicenter of the Covid-19 pandemic and humanitarian crises in Italy: Changing perspectives on preparation and mitigation. *Commentary. NEJM Catalyst.* 2020 (<https://catalyst.nejm.org/doi/full/10.1056/CAT.20.0080#.XnckDCUU8M8.twitter>).
- 10 Schneider CH. Health system governance and the UHC agenda: Key learnings from the COVID-19 pandemic. *BMJ Glob Health.* 2021;6:e006519 (<http://dx.doi.org/10.1136/bmjgh-2021-006519>).
- 11 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. Genève : CSU2030 ; 2020 (https://www.uhc2030.org/fileadmin/uploads/uhc2030/Documents/Key_Issues/State_of_UHC/SoUHCC_synthesis_2020_final_fr_web.pdf, consulté le 14 novembre 2021).
- 12 Many paths, one direction: Strategies for achieving universal health coverage. Brussels: European Union, Capacity4dev; 2018 (<https://europa.eu/capacity4dev/articles/many-paths-one-direction-strategies-achieving-universal-health-coverage>, consulté le 14 novembre 2021).
- 13 Tedros Ghebreyesus: Health is a political choice. *The BMJ Opinion*, 12 July 2019 (<https://blogs.bmj.com/bmj/2019/07/12/tedros-ghebreyesus-health-is-a-political-choice/>, consulté le 14 novembre 2021).
- 14 Stakeholder voices: on tracking universal health coverage: 2017 global monitoring report. Conference draft. Geneva: World Health Organization; 2017 (<https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240029040>, consulté le 14 novembre 2021).
- 15 The Policy Project. HIV/AIDS toolkit, Measuring political commitment. Washington DC: US Agency for International Development; 2020 (<http://www.policyproject.com/pubs/bookblue.pdf>, consulté le 14 novembre 2021).
- 16 Every Woman Every Child. Commitments to advance the Global strategy for women's, children's and adolescents' health, New York City (NY): United nations; 2016 (<https://www.everywomaneverychild.org/commitments/>, consulté le 14 novembre 2021).
- 17 Commitments to Every Woman Every Child's (EWEC) global strategy for women's, children's and adolescents' health (2016–2030). Geneva: World Health Organization, Partnership for Maternal, Newborn and Child Health; 2018 (https://www.who.int/pmnch/activities/advocacy/globalstrategy/2016_2030/commitments-report/en/, consulté le 14 novembre 2021).
- 18 UN Decade of action on nutrition: Commitments. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://www.who.int/initiatives/decade-of-action-on-nutrition/commitments>, consulté le 14 novembre 2021).
- 19 Baker P, Brown AD, Wingrove K, Allender S, Walls H, Cullerton K et al. Generating political commitment for ending malnutrition in all its forms: A system dynamics approach for strengthening nutrition actor networks. *Obesity Rev.* 2019;20(S2):30–44 (<https://doi.org/10.1111/obr.12871>).
- 20 Rapports de la société civile. Ressources et boîtes à outils – Action for Sustainable Development; 2021 (action4sd.org, consulté le 11 novembre 2021).

- 21 Meagher K, Singh NS, Patel P. The role of gender inclusive leadership during the COVID-19 pandemic to support vulnerable populations in conflict settings. *BMJ Glob Health*. 2020;5(9):e003760.
- 22 Linde A, Gonzalez A. The pandemic's gender imperative. Kings Park (NY): Project Syndicate; 2020 (<https://www.project-syndicate.org/commentary/covid19-pandemic-gender-differences-by-ann-linde-and-arancha-gonzalez-2020-05>).
- 23 Papp S, Hersh M. A gender lens for COVID-19. Kings Park (NY): Project Syndicate; 2020 (<https://www.project-syndicate.org/commentary/covid19-response-requires-a-gender-lens-by-susan-papp-and-marcy-hersh-2020-03>).
- 24 Byskov J, Maluka S, Marchal B, Shayo EH, Blystad A, Bukachi S et al. A systems perspective on the importance of global health strategy developments for accomplishing today's Sustainable Development Goals. *Health Policy Plann*. 2019;34:635–45 (doi:10.1093/heapol/czz042).
- 25 Kutzin J, Sparkes S, Soucat A, Barroy H. From silos to sustainability: transition through a UHC lens. *The Lancet*. 2018 V 392, Issue 10157, P1513-1514 - (DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32541-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32541-8)).
- 26 Tangcharoensathien V, Patcharanarumol W, Kulthanmanusorn A, Saengruang N, Kosiyaporn H. The political economy of UHC reform in Thailand: Lessons for low- and middle-income countries. *Health Syst Reform*. 2019;5(3):195–208 (doi: 10.1080/23288604.2019.1630595. Epub 2019 Aug 13. PMID: 31407962).
- 27 The World Bank data. Washington DC: The World Bank; 2021 (<https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.OOPC.CH.ZS?locations=TH>, consulté le 14 novembre 2021).
- 28 Voice, agency, empowerment: Handbook on social participation for universal health coverage. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240027794>, consulté le 14 novembre 2021).
- 29 Thaiprayoon S, Wibulpolprasert S. Political and policy lessons from Thailand's UHC experience (ORF Issue Brief, Issue No. 174). New Delhi: ObserverResearch Foundation; 2017 (https://www.orfonline.org/wp-content/uploads/2017/04/ORF-IssueBrief_174_ThailandUHC.pdf).
- 30 Monitor tracking civic space. Johannesburg: CIVICUS; 2021 (<https://monitor.civicus.org/>, consulté le 11 novembre 2021).
- 31 Œuvrer ensemble pour un monde en meilleure santé. Demandes clés du Mouvement pour la CSU Réunion de haut niveau des Nations Unies sur la couverture santé universelle. Geneva: UHC2030 ; 2019 (https://www.uhc2030.org/fileadmin/uploads/uhc2030/Documents/UN_HLM/HLM_UHC_Key_Ask_French_Translation.pdf, consulté le 14 novembre 2021).
- 32 Holman D, Salway S, Bell A, Beach B, Adebajo A, Ali N et al. Can intersectionality help with understanding and tackling health inequalities? Perspectives of professional stakeholders. *Health Res Policy Syst*; 2021;19:97 (doi:10.1186/s12961-021-00742-w).
- 33 Leaving no one behind: A UNSDG operational guide for UN country teams. New York City (NY): The United Nations Sustainable Development Group.; 2019 (<https://unsdg.un.org/resources/leaving-no-one-behind-unsdg-operational-guide-un-country-teams>, consulté le 14 novembre 2021).
- 34 Egypt's 2021 voluntary national review report. Cairo: Ministry of Planning and Economic Development; 2021 (https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/279512021_VNR_Report_Egypt.pdf, consulté le 14 novembre 2021).
- 35 In focus: The shadow pandemic: Violence against women during COVID-19. New York City (NY): UN Women; (https://www.unwomen.org/en/news/in-focus/in-focus-gender-equality-in-covid-19-response/violence-against-women-during-covid-19?gclid=Cj0KCQjw5oiMBhDtARIsAJi0qk2I7A_reoEJ9vNlruFAHA5OP04si4yQolcRrBUkc8S2RUWnAEBBggMaAnyWEALw_wcB, consulté le 14 novembre 2021).
- 36 Constitution de l'OMS. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 1946 (<https://www.who.int/fr/about/governance/constitution>, consulté le 14 novembre 2021).
- 37 Framework on integrated people-centred health services. Geneva: World Health Organization; 2016 (www.who.int/teams/integrated-health-services/clinical-services-and-systems/service-organizations-and-integration, consulté le 14 novembre 2021).
- 38 Kruk ME, Gage AD, Arsenaault C, Jordan K, Leslie HH, Roder-DeWan S et al. High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: time for a revolution. *Lancet Glob Health*. 2018;6(11):e1196–252.
- 39 Angola. Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2012–2025 [Plan national de développement sanitaire 2012–2015]. Lusaka: Ministério da Saúde ; 2016 (<https://www.mindbank.info/item/3460>, consulté le 14 novembre 2021).
- 40 République dominicaine. Plan nacional pluriannual salud 2017–2020 [Plan national pluriannuel de santé 2017–2020]. Santo Domingo: Ministerio de Salud Pública; 2016 (<https://repositorio.msp.gob.do/handle/123456789/1390>, consulté le 14 novembre 2021).
- 41 Colombie. Plan Decenal de Salud Pública, 2012–2021 [Plan décennal de santé publique, 2012–2021]. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2013 (<https://www.minvivienda.gov.co/sites/default/files/documentos/plan-decenal-de-salud.pdf>, consulté le 14 novembre 2021); 2016 (<https://repositorio.msp.gob.do/handle/123456789/1390>, consulté le 14 novembre 2021).