



Assemblée générale

Distr. générale
5 novembre 2020
Français
Original : anglais

Soixante-quinzième session
Point 131 de l'ordre du jour
Santé mondiale et politique étrangère

Une démarche inclusive visant à renforcer les systèmes de santé dans le cadre de la couverture sanitaire universelle

Rapport du Secrétaire général*

Résumé

Le présent rapport expose les progrès réalisés dans la mise en œuvre de la déclaration politique issue de la réunion de haut niveau sur la couverture sanitaire universelle, tenue le 23 septembre 2019 (résolution 74/2 de l'Assemblée générale), et de la résolution 74/20 de l'Assemblée générale, intitulée « Santé mondiale et politique étrangère : une démarche intégrée visant à renforcer les systèmes de santé ».

Si, au cours des dix dernières années, certains progrès ont été accomplis dans l'extension de la couverture sanitaire universelle, le rythme actuel des avancées est insuffisant pour atteindre la cible 3.8 des objectifs de développement durable, à savoir la couverture sanitaire universelle pour tout le monde d'ici à 2030. Les progrès vers la couverture sanitaire universelle ont encore été freinés en 2020 par la pandémie de maladie à coronavirus (COVID-19), qui a causé un détournement des ressources sanitaires et une réduction des investissements dans l'économie. À cet égard, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a dû adapter ses recommandations sur la réalisation de la couverture sanitaire universelle en fonction du nouveau contexte induit par la pandémie.

Dans le présent rapport, il est recommandé aux États Membres d'accélérer les efforts en vue de mettre en place la couverture sanitaire universelle d'ici à 2030 pour permettre à chacun et à chacune de mener une vie saine et de connaître le bien-être tout au long de sa vie et, à cet égard, de : a) faire progressivement en sorte qu'un milliard de personnes supplémentaires accèdent, d'ici à 2023, à des services de santé essentiels de qualité et à des médicaments, des vaccins, des outils de diagnostic et des technologies sanitaires de base de qualité, sûrs, efficaces et abordables, en vue de parvenir à une couverture universelle d'ici à 2030 ; b) d'inverser la tendance à la

* Le présent rapport a été soumis avec retard afin que puissent y figurer les informations les plus récentes.



hausse des dépenses de santé à la charge des patients, qui constitue une situation catastrophique à laquelle il faut mettre un terme en prenant des mesures visant à protéger les populations des risques financiers liés aux dépenses de santé et à éliminer d'ici à 2030 la paupérisation qui en découle, en accordant une attention particulière aux pauvres ainsi qu'aux personnes qui sont vulnérables ou en situation de vulnérabilité. Les États Membres devraient également veiller à ce que les groupes de population les plus gravement touchés par la pandémie soient protégés de manière adéquate, garantir des dépenses publiques intérieures suffisantes en matière de santé et, le cas échéant, élargir la mise en commun des ressources allouées à la santé afin de réduire au minimum les frais imputés aux bénéficiaires pour réduire ainsi l'appauvrissement résultant des dépenses de santé pendant la pandémie de COVID-19.

I. Introduction

1. Le présent rapport est soumis en application du paragraphe 82 de la résolution 74/2 de l'Assemblée générale sur la déclaration politique issue de la réunion de haut niveau sur la couverture sanitaire universelle, tenue le 23 septembre 2019, et du paragraphe 43 de la résolution 74/20 de l'Assemblée générale, intitulée « Santé mondiale et politique étrangère : une démarche intégrée visant à renforcer les systèmes de santé ».
2. Dans ces résolutions, l'Assemblée générale m'a prié de lui présenter, à sa soixante-quinzième session, en collaboration avec l'OMS et les autres entités compétentes, un rapport d'activité sur l'application de la déclaration politique sur la couverture sanitaire universelle, comportant notamment des informations sur les défis à relever et les possibilités d'adopter des démarches inclusives aux fins du renforcement des systèmes de santé.
3. Les progrès accomplis entre 2000 à 2017 dans la mise en place de la couverture sanitaire universelle sont résumés dans le rapport du Directeur général de l'OMS intitulé « Les soins de santé primaires sur la voie de la couverture sanitaire universelle – Rapport de suivi 2019 ».
4. Le présent rapport offre un aperçu des avancées réalisées depuis l'adoption de la déclaration politique issue de la réunion de haut niveau sur la couverture sanitaire universelle, notamment les progrès réalisés à l'échelle mondiale (sect. II) et les interventions recensées (sect. III), et contient également des recommandations à cet égard (sect. IV).

II. Progrès réalisés à l'échelle mondiale

Des avancées certaines, mais insuffisantes

5. La déclaration politique contient une feuille de route assortie d'engagements visant à faire progressivement en sorte qu'un milliard de personnes supplémentaires accèdent, d'ici à 2023, à des services de santé essentiels de qualité et à des médicaments, des vaccins, des outils de diagnostic et des technologies sanitaires de base de qualité, sûrs, efficaces et abordables, en vue de parvenir à une couverture universelle d'ici à 2030.
6. Il est constaté, dans le *Rapport de suivi 2019*, que l'indice de couverture des services par la couverture sanitaire universelle est passé d'un total de 45 sur 100 en 2000 à 66 sur 100 en 2017¹. Toutes les régions et toutes les tranches de revenus ont enregistré des gains. C'est dans les pays à faible revenu, partis d'un niveau de référence plus bas, que les progrès ont été les plus importants, principalement dus à des interventions liées aux maladies infectieuses et, dans une moindre mesure, aux services de santé procréative, maternelle, néonatale et infantile. Mais les pays les plus pauvres et ceux qui sont touchés par un conflit sont généralement très en retard. Au niveau mondial et pour de nombreux pays, le rythme des avancées s'est ralenti depuis 2010. Pour enregistrer des progrès, il faut renforcer considérablement la capacité des systèmes de santé à fournir une couverture sanitaire universelle, en particulier dans les régions à faibles revenus.

¹ Calculé pour 183 États Membres, l'indice de couverture des services de la couverture sanitaire universelle est présenté sur une échelle de 0 à 100, la couverture des services étant généralement mesurée sur une échelle de 0 à 100 %, les scores les plus élevés indiquant de meilleures performances. Ainsi, lorsqu'un indice approche ou atteint 100, la cible correspondante des objectifs de développement durable peut être considérée comme atteinte.

7. En 2017, entre un tiers et la moitié de la population mondiale (33 à 49 %) était couverte pour les services de santé essentiels. Le nombre de personnes couvertes pendant la période des objectifs de développement durable (la période 2015-2030) devrait augmenter de 1,1 à 2 milliards, mais cette tendance devrait être atténuée par la croissance démographique, de sorte que le pourcentage de personnes couvertes pourrait augmenter plus lentement. Si les tendances actuelles se confirment, seulement 39 à 63 % de la population mondiale aura accès aux services de santé essentiels d'ici à 2030. Il faut par conséquent accélérer sensiblement les progrès – et doubler la couverture – pour atteindre la cible 3.8 des objectifs de développement durable (couverture sanitaire universelle pour tout le monde, d'ici à 2030).

8. Dans la déclaration politique, les États Membres se sont engagés à stopper et inverser la tendance à la hausse des dépenses de santé à la charge des patients, qui constitue une situation catastrophique à laquelle il faut mettre un terme en prenant des mesures visant à protéger les populations des risques financiers liés aux dépenses de santé et à éliminer d'ici à 2030 la paupérisation qui en découle, en accordant une attention particulière aux pauvres ainsi qu'aux personnes qui sont vulnérables ou en situation de vulnérabilité.

9. L'incidence des dépenses de santé catastrophiques (indicateur 3.8.2 des objectifs de développement durable), c'est-à-dire des dépenses de santé importantes à la charge des ménages en proportion de leurs dépenses de consommation ou de leur revenu, n'a cessé d'augmenter entre 2000 et 2015. La proportion de la population dont les dépenses non remboursables dépassent 10 % du budget du ménage est passée de 9,4 à 12,7 %, et celle dont les dépenses non remboursables dépassent 25 % est passée de 1,7 à 2,9 %.

10. Il est estimé, dans le *Rapport de suivi 2019*, qu'outre les 200 milliards de dollars annuels supplémentaires nécessaires pour renforcer les soins de santé primaires, il faut aussi 170 milliards de dollars de plus par an pour mettre en place une batterie plus complète de mesures pour atteindre la couverture sanitaire universelle. Ces montants peuvent paraître considérables, mais ils ne représenteraient qu'une augmentation d'environ 5 % par rapport aux 7 500 milliards de dollars déjà consacrés chaque année à la santé dans le monde. L'extension des soins de santé primaires dans les pays à faible et moyen revenu pourrait permettre de sauver 60 millions de vies et d'augmenter de 3,7 ans l'espérance de vie moyenne d'ici 2030. L'investissement dans des systèmes de santé de plus grande échelle permettrait de sauver près de 100 millions de vies. La plupart des pays peuvent rassembler les financements nécessaires à partir de ressources nationales, en augmentant les dépenses publiques de santé en général, en réaffectant les dépenses aux soins de santé primaires ou en faisant les deux. Les pays aux revenus les plus faibles, dont beaucoup sont touchés par des conflits, continueront à avoir besoin d'une aide extérieure.

11. Toute personne devrait pouvoir bénéficier de soins de santé de qualité sans rencontrer de difficultés financières. Le capital humain, qui repose sur la santé et l'éducation des personnes, constitue, selon les estimations, les deux tiers de la richesse d'une nation. Tout défaut d'investissement dans ce capital restreint la croissance économique et le développement durable.

Conséquences de la maladie à coronavirus (COVID-19)

12. La pandémie de COVID-19 a mis en évidence des risques longtemps ignorés, notamment l'insuffisance des systèmes de santé, des failles dans les systèmes de protection sociale et des inégalités structurelles. Elle a également mis en relief l'importance de la santé publique de base, de systèmes sanitaires solides et de la préparation aux situations d'urgence pour rendre les populations résilientes en cas de nouveau virus ou de nouvelle pandémie, ce point soulignant davantage encore

l'urgence de la mise en place d'une couverture sanitaire universelle. La morbidité et la mortalité causées par la pandémie se manifestent sur trois plans : premièrement, le virus lui-même (voir encadré 1), deuxièmement, l'incapacité des systèmes sanitaires à fournir sans interruption des services de santé essentiels, troisièmement, les répercussions socioéconomiques.

Encadré 1

Conséquences directes de la COVID-19 sur la santé

Environ 40 % des personnes atteintes de COVID-19 présentent une forme légère de la maladie, le traitement étant principalement axé sur les symptômes et ne nécessitant pas d'hospitalisation ; 40 autres pour cent contractent une forme modérée de la maladie qui peut nécessiter une hospitalisation ; 15 % souffrent d'une forme grave de la maladie, qui nécessite une oxygénothérapie ou d'autres interventions en milieu hospitalier ; enfin, 5 % environ des malades sont atteints d'une forme critique de la maladie, qui nécessite une ventilation mécanique.

Les facteurs dont on sait qu'ils aggravent le risque de développer une forme grave de COVID-19 sont les suivants : être âgé de plus de 60 ans, souffrir d'hypertension, de diabète, de maladies cardiovasculaires, de maladies respiratoires chroniques ou d'affections immunodéficientes. Environ un cinquième de la population mondiale, soit 1,7 milliard de personnes, présente au moins une de ces conditions sous-jacentes, tandis que 350 millions de personnes (4 % de la population mondiale) sont à haut risque de contracter une forme grave de COVID-19 et auraient besoin d'être hospitalisées en cas d'infection (de moins de 1 % des personnes âgées de 20 ans ou moins à environ 20 % des personnes âgées de 70 ans ou plus). La part de la population à risque est plus élevée dans les pays à population plus âgée, dans les pays d'Afrique qui connaissent une forte prévalence de VIH/sida et dans les petits États insulaires à forte prévalence de diabète.

Bien que le virus ne fasse pas de discrimination, il frappe souvent plus durement ceux qui peuvent le moins se le permettre : les personnes âgées, les pauvres et les personnes atteintes de maladies chroniques. Le personnel sanitaire court aussi un risque élevé d'infection car il est plus fréquemment en contact avec des patients atteints de COVID-19. Les taux élevés de morbidité et de mortalité des personnes âgées sont élevés dans les établissements de soins de longue durée, et de nombreux membres du personnel de ces établissements sont absents à cause de la pandémie. Les personnes vivant dans des espaces confinés, qu'il s'agisse d'installations surpeuplées, comme les camps de réfugiés ou de migrants, ou de prisons, sont elles aussi particulièrement exposées. Les travailleuses et travailleurs essentiels, par exemple dans le secteur des transports publics, de la production alimentaire ou du maintien de l'ordre, sont également plus exposés. En outre, les conséquences de la COVID-19 peuvent être aggravées par des inégalités multiples et croisées, telles que celles liées à la race, au genre, à l'âge, à l'appartenance ethnique, au statut socio-économique, au handicap, à la situation géographique ou à l'orientation sexuelle.

13. La COVID-19 s'est propagée rapidement, à l'intérieur des pays et d'un pays à l'autre. Pendant la phase de transmission communautaire, le nombre de cas peut

doubler tous les trois jours et très vite engorger les services de santé. La demande de personnel, d'articles et de lits d'hôpitaux, en particulier pour les soins intensifs, peut dépasser les capacités existantes, même dans les pays dont les systèmes de santé sont bien développés. On a constaté que les taux de mortalité liés à la COVID-19 s'accroissaient à mesure que la demande de services sanitaires augmentait.

14. L'afflux supplémentaire de patients atteints de COVID-19 compromet la capacité des systèmes sanitaires d'assurer d'autres services de santé essentiels. Pour aider les pays à maintenir les services de santé essentiels tout en prenant des mesures pour assurer la sécurité des personnes pendant la pandémie de COVID-19, l'OMS a élaboré des orientations sur le maintien de ces services². Le guide contient des recommandations sur les mesures concrètes que les pays peuvent prendre aux niveaux sous-régional, national et local pour réorganiser et maintenir en toute sécurité l'accès à des services de santé essentiels de haute qualité. Il présente également des exemples d'indicateurs pour le suivi des services de santé essentiels et énonce les critères à prendre en considération pour décider de suspendre ou de rétablir les services à mesure que la transmission du coronavirus croît ou décroît. Néanmoins, les données recueillies dans les rapports de 105 pays³ de cinq régions portant sur la période de mars à juin 2020 montrent que presque tous les pays (90 %) ont connu des perturbations de leurs services de santé, les pays à faible et moyen revenu ayant signalé les plus grandes difficultés. La plupart des pays ont indiqué que de nombreux services de routine et électifs avaient été suspendus, tandis que les soins critiques, tels que le dépistage et le traitement du cancer et le traitement du VIH, avaient connu des interruptions à haut risque dans les pays à faible revenu.

15. À l'échelle mondiale, ce phénomène peut freiner gravement, voire inverser, les avancées vers la réalisation des objectifs de développement durable. Par exemple, des réductions de la couverture allant de 9,8 à 18,5 % des interventions en matière de santé procréative, maternelle et infantile, comme la vaccination, et une augmentation de 10 % de l'émaciation pourraient entraîner plus de 250 000 décès d'enfants supplémentaires et 12 000 décès maternels de plus sur 6 mois dans 118 pays⁴. Par ailleurs, 47 millions de femmes risquent de ne pas avoir accès à des méthodes contraceptives modernes. On craint 7 millions de grossesses non désirées et 31 millions de cas supplémentaires de violences de genre si les confinements se poursuivent pendant au moins six mois dans 114 pays à faible revenu et pays à revenu intermédiaire⁵. Une suspension de la distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide en 2020 et la réduction de l'accès à un traitement antipaludéen efficace pourraient entraîner, selon les estimations, 769 000 décès des suites du paludisme d'ici à la fin de l'année 2020⁶. Si on suppose que la détection escomptée des cas de tuberculose sera réduite de 25 % pendant trois mois, cela pourrait augmenter les décès dus à la tuberculose de 13 %, ce qui nous ramènerait aux niveaux de mortalité due à la tuberculose d'il y a cinq ans⁷. Une interruption de six mois de la thérapie antirétrovirale pourrait entraîner plus de 500 000 décès supplémentaires des suites de

² Organisation mondiale de la Santé (OMS), « Maintenir les services de santé essentiels : orientations de mise en œuvre dans le cadre de la COVID-19 » (Genève, 2020).

³ OMS, « Selon une enquête mondiale menée par l'OMS, 90 % des pays ont souffert de perturbations de leurs services de santé essentiels depuis le début de la pandémie de COVID-19 », 31 août 2020.

⁴ Timothy Robertson et autres, « Early estimates of the indirect effects of the COVID-19 pandemic on maternal and child mortality in low-income and middle-income countries: a modelling study », *The Lancet*, vol. 8, n° 7 (juillet 2020).

⁵ Fonds des Nations Unies pour la population, « Coronavirus Disease (COVID-19) Pandemic – UNFPA Global Response Plan (Revised June 2020) » (New York, 2020).

⁶ OMS, « [The Potential Impact of Health Service Disruptions on the Burden of Malaria: A Modelling Analysis for Countries in sub-Saharan Africa](#) » (Genève, 2020).

⁷ OMS, « Information note on tuberculosis and COVID-19 », 12 mai 2020.

maladies liées au sida en Afrique subsaharienne en 2020-2021 : d'après les estimations, en 2018, 470 000 personnes seraient mortes de maladies liées au sida dans la région⁸. La COVID-19 peut avoir une incidence préjudiciable pour les personnes atteintes de maladies non transmissibles car plus le diagnostic de ces maladies est retardé plus elles atteignent des stades avancés. Des retards dans la prise en charge des crises cardiaques, des accidents vasculaires cérébraux et des cancers ont été constatés⁹.

16. La pandémie de COVID-19 a provoqué le plus grand choc économique que le monde ait connu depuis des décennies. Les différentes mesures prises pour limiter la propagation du virus et soulager les systèmes de santé ont réduit la consommation et l'investissement, ainsi que l'offre de travail et la production. Pour atténuer les conséquences économiques à court et moyen terme de la pandémie, les banques centrales ont réduit les taux d'intérêt et pris d'autres mesures pour fournir des liquidités et maintenir la confiance des investisseurs. L'appui annoncé aux politiques budgétaires dépasse celui qui a été apporté pendant la crise financière mondiale de 2008 et 2009. Le Fonds monétaire international et la Banque mondiale soutiennent l'initiative de suspension du service de la dette, qui permet aux emprunteurs d'utiliser les ressources ainsi libérées pour investir davantage dans la protection sociale, la santé ou l'économie. Ces financements publics sont particulièrement cruciaux en vue de l'instauration d'une couverture sanitaire universelle.

17. Selon les projections, la récession mondiale provoquée par la pandémie de COVID-19 devrait entraîner la première augmentation de l'extrême pauvreté dans le monde depuis 1998. D'après des estimations basées sur l'édition de juin 2020 du rapport de la Banque mondiale intitulé « Perspectives économiques mondiales », en 2020, selon un scénario de référence, la pandémie de COVID-19 pourrait pousser 70 millions de personnes supplémentaires dans l'extrême pauvreté, voire, selon un scénario pessimiste, 100 millions de personnes supplémentaires. Le nombre de personnes vivant sous les seuils de pauvreté internationaux définis pour les pays à revenu intermédiaire inférieur et supérieur (soit 1,90 dollar et 3,20 dollars par jour respectivement, en parité de pouvoir d'achat de 2011) devrait également augmenter considérablement, ce qui annonce que les répercussions sociales et économiques se feront largement sentir. Plus précisément, selon le scénario de référence, la pandémie pourrait pousser entre 72 millions et 101 millions de personnes de plus à vivre avec moins de 1,90 dollar par jour et entre 176 millions et 232 millions de personnes de plus à vivre avec moins de 3,20 dollars par jour. Cela équivaut à une augmentation du taux de pauvreté de 2,3 points de pourcentage, par rapport à un scénario sans COVID-19. Les conséquences pour la santé humaine sont potentiellement graves, et les gains enregistrés vers chacune des cibles relatives à la santé dans les objectifs de développement durable risquent d'être perdus.

18. Une grande partie de la population qui a récemment basculé dans l'extrême pauvreté sera concentrée dans des pays déjà caractérisés par des taux de pauvreté élevés et un grand nombre de pauvres. Selon des projections, près de la moitié de cette population se trouvera en Asie du Sud, et plus d'un tiers en Afrique subsaharienne. L'augmentation de la pauvreté partout dans le monde menace la capacité des plus vulnérables d'accéder aux services de santé. L'incidence des dépenses de santé catastrophiques n'a cessé d'augmenter entre 2000 et 2015¹⁰. Le ralentissement ou

⁸ Alexandra B. Hogan et autres, « Report 19: the potential impact of the COVID-19 epidemic on HIV, TB and malaria in low- and middle-income countries » (Londres, Imperial College, 2020).

⁹ Marion M. Mafham, « COVID-19 pandemic and admission rates for and management of acute coronary syndromes in England », *The Lancet*, vol. 396, n° 10248 (août 2020).

¹⁰ OMS, « Les soins de santé primaires sur la voie de la couverture sanitaire universelle : Rapport de suivi 2019 » (Genève, 2020).

l'inversion de la croissance économique escomptés en raison de la pandémie de COVID-19 pourraient annuler cette tendance si l'utilisation des services baissait en raison de l'augmentation des niveaux de pauvreté.

19. Des vaccins, des diagnostics et des traitements sûrs et efficaces seront indispensables pour mettre fin à la pandémie et accélérer le relèvement à l'échelle mondiale. Mais ces outils permettant de sauver des vies ne seront efficaces que s'ils sont également et simultanément disponibles pour les plus vulnérables dans tous les pays. En d'autres termes, ils doivent être traités comme des biens publics mondiaux. Le Dispositif pour accélérer l'accès aux outils de lutte contre la COVID-19 (Accélérateur ACT) est une collaboration mondiale visant à accélérer la mise au point et la production des tests de dépistage, des traitements et des vaccins contre la COVID-19 ainsi que l'accès équitable à ces outils¹¹. L'Accélérateur ACT donne déjà des résultats concrets : l'évaluation de dizaines de nouveaux outils de diagnostic rapide à même d'améliorer grandement la situation ; la distribution du seul traitement éprouvé pour les cas graves de COVID-19 ; l'élaboration du plus large portefeuille de recherche sur des vaccins ; la création du Mécanisme COVAX pour un accès mondial aux vaccins ; la recherche d'un consensus sur la répartition de ces produits au niveau international.

III. Interventions recensées

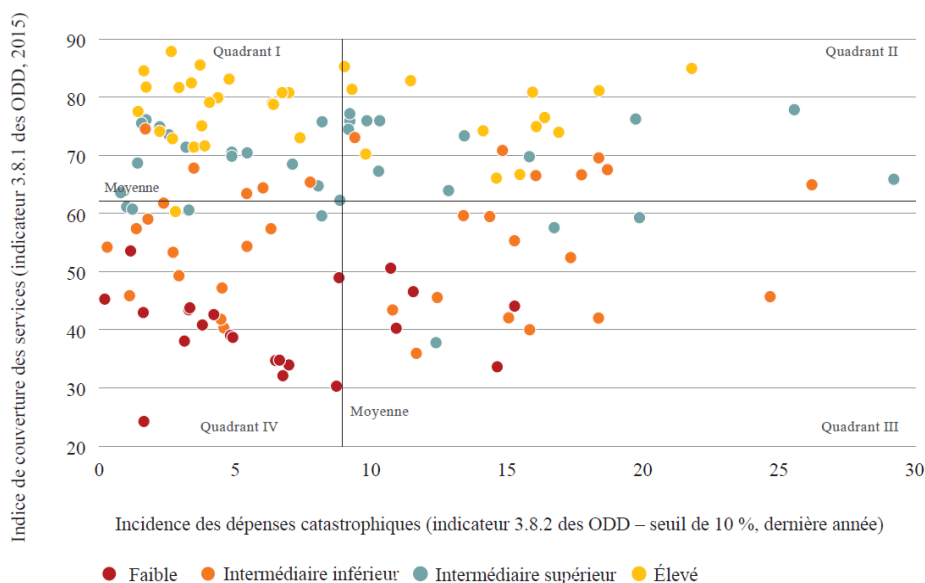
Mesures prises par les États Membres

20. Les États Membres adaptent l'aide à leurs besoins nationaux particuliers en matière de santé, à leur situation démographique et aux exigences de leurs systèmes. Le système des Nations Unies pour le développement, et avant tout l'OMS, principale agence chargée des questions de santé, ainsi que les coordonnatrices et coordonnateurs résidents et les équipes de pays des Nations Unies, ont interagi de différentes manières avec les pays, en fonction des problématiques propres à chacun d'entre eux. Le *Rapport de suivi 2019* sur la couverture sanitaire universelle classe les pays par quadrant, selon les différents stades de couverture des services et de protection financière qu'ils proposent (voir encadré 2).

¹¹ Consultable à l'adresse suivante : <https://www.who.int/fr/initiatives/act-accelerator>.

Encadré 2

Différents stades de couverture des services et incidence des dépenses de santé catastrophiques, dans les pays à faible revenu, à revenu intermédiaire inférieur, à revenu intermédiaire supérieur et à revenu élevé^a



^a Mesurés sur la base des indicateurs concernant la cible 3.8 de l'objectif de développement durable 3, à savoir la couverture des services de santé essentiels (indicateur 3.8.1, valeurs et classifications des groupes de revenu pour 2015) et la protection financière dans l'utilisation des services sanitaires (indicateur 3.8.2 ; estimations pour la dernière année où des données sont disponibles). Pour connaître les données détaillées par pays, consulter la page The Global Health Observatory du site Web de l'OMS (<https://apps.who.int/gho/portal/gho.jsp>).

Bien qu'une analyse détaillée des facteurs contextuels, économiques et politiques soit nécessaire pour chaque pays, les analyses du secrétariat de l'OMS sur la couverture des services et la protection financière permettent de cerner quatre grandes catégories de pays, qui ont par conséquent besoin de différents types de politiques et d'assistance technique, comme suit :

- **Quadrant I.** Pour les pays où la couverture des services est élevée et les contraintes financières sont faibles (principalement les pays à revenu élevé et à revenu intermédiaire supérieur), le principal enjeu est de continuer à progresser en termes d'efficacité, de qualité et d'équité.
- **Quadrant II.** Pour les pays où la couverture des services est élevée mais où les contraintes financières sont fortes (principalement les pays à revenu intermédiaire inférieur), le principal enjeu sera de garantir la mise en place de mécanismes universels de protection contre les dépenses directes.
- **Quadrant III.** Les pays où la couverture des services est faible et où les contraintes financières sont fortes (principalement les pays à faible revenu) doivent réformer complètement les modes de

prestation des services et de financement de la santé, en privilégiant la lutte contre les inégalités.

- **Quadrant IV.** Les pays où la couverture des services et les contraintes financières sont faibles (principalement, les pays très vulnérables ou touchés par un conflit) doivent bâtir les fondations de leur système de santé (ressources humaines, chaînes d'approvisionnement et infrastructure).

21. La mise en place de la couverture sanitaire universelle présuppose une responsabilité sociopolitique. Dans la déclaration politique, il est demandé à toutes les parties prenantes concernées d'y contribuer au moyen de plateformes multipartites participatives et transparentes, y compris les autorités locales, la société civile, le secteur privé, les universités et les populations locales.

22. En 2020, le Partenariat mondial pour la couverture sanitaire universelle (CSU2030) a entamé l'élaboration d'une publication intitulée « L'état de l'engagement en faveur de la couverture santé universelle », qui vise à donner une vue d'ensemble, depuis plusieurs perspectives, des progrès réalisés vers la couverture sanitaire universelle aux niveaux national et mondial¹². L'examen sera axé sur les pays et orienté vers l'action et complètera le *Rapport de suivi 2019*, qui est plus technique, dont l'analyse concerne l'échelle mondiale et qui se concentre sur les indicateurs de la couverture sanitaire universelle relatifs à la couverture des services et à la protection financière. Comme les données nécessaires pour établir la responsabilité des pouvoirs publics en matière de couverture sanitaire universelle concernent les aspects politiques des droits, de la gouvernance et de l'équité, les institutions nationales ne sont pas aisément disposées à les recueillir. Plutôt que de reprendre sans analyse critique des documents d'orientation sur les mesures à prendre, l'examen contenu dans la publication présentera également des appréciations empiriques de témoignages individuels, en particulier ceux de personnes parmi les plus vulnérables, sur l'accès aux services de santé. À cet égard, l'examen visera à fournir aux parties prenantes des différents pays les informations nouvelles dont elles auront besoin pour éclairer les processus d'examen inclusifs et participatifs qu'elles mèneront pour évaluer l'évolution des progrès enregistrés et des engagements pris concernant la couverture sanitaire universelle.

23. L'expérience de la COVID-19 a révélé que les systèmes sanitaires de nombreux pays n'étaient pas suffisamment préparés pour protéger correctement la santé des populations. Pour permettre aux systèmes de santé de progresser vers une couverture sanitaire universelle, il importe d'investir dans les fonctions essentielles qui sont fondamentales pour la protection et la promotion de la santé et du bien-être, connues sous l'expression « biens communs pour la santé ». Il s'agit notamment de l'élaboration de politiques fondées sur des données factuelles, de la communication, de la capacité de surveillance des laboratoires et de la réglementation visant à garantir des produits et services de qualité et des comportements sains, ainsi que des subventions aux instituts de santé publique chargés d'exécuter ces fonctions. Celles-ci font en effet partie des engagements pris par tous les États Membres dans le cadre du Règlement sanitaire international (2005) et de la déclaration politique issue de la réunion de haut niveau sur la couverture sanitaire universelle.

24. En ce qui concerne les services individuels, l'expérience de la COVID-19 révèle que les systèmes de santé très inégaux en matière d'accès aux services et

¹² Partenariat mondial pour la couverture sanitaire universelle (CSU2030), « L'état de l'engagement en faveur de la couverture santé universelle – Note conceptuelle » (2020).

fragmentés entre de nombreux régimes et programmes sont problématiques pour les personnes qui risquent d'être laissées pour compte. Les pays dotés de systèmes fragmentés sont moins à même de réagir efficacement à une épidémie de maladie transmissible que les pays où les prestations sont dispensées avec plus d'égalité et dont les principaux sous-systèmes, notamment ceux relatifs aux données épidémiologiques et aux données sur l'utilisation des services, opèrent au niveau du système tout entier, englobant les prestataires publics et privés qui servent l'ensemble de la population. Le financement de la couverture médicale au moyen de cotisations salariales s'avère particulièrement problématique dans le contexte d'une crise économique mondiale, où le chômage augmente tandis que le droit aux prestations dépend des cotisations, parce qu'il réduit l'accès aux services sanitaires au moment où les gens en ont le plus besoin.

25. En 2020, sept conseillers politiques du Partenariat mondial pour la couverture sanitaire universelle (CSU2030) ont créé le Groupe consultatif politique auprès du mouvement pour la CSU afin de conserver et de renforcer l'élan politique en faveur de la couverture sanitaire universelle. Le Groupe fournit des conseils sur les possibilités d'exploiter davantage les processus politiques pour maintenir la dynamique de haut niveau en faveur de la couverture sanitaire universelle et sur la manière dont les partenariats multipartites peuvent donner suite à la déclaration politique issue de la réunion de haut niveau sur la couverture sanitaire universelle. Au nom des partenariats multipartites, le Groupe transmet également aux dirigeantes et dirigeants politiques de haut niveau des messages sur la couverture sanitaire universelle visant à garantir que les engagements pris se traduiront par des actions concrètes dans les pays.

26. La crise liée à la COVID-19 a montré qu'il importait d'adopter des approches inclusives et participatives de la gouvernance. Conscients de la nécessité de collaborer avec des expertes et experts médicaux et des spécialistes de la santé publique dans le cadre de la riposte nationale, de nombreux gouvernements se sont tournés vers la communauté scientifique pour obtenir des conseils. Cependant, la société civile a souvent été maintenue à l'écart du processus décisionnel des pouvoirs publics nationaux¹³. Dans une enquête menée par le Mécanisme de participation de la société civile du Partenariat mondial pour la couverture sanitaire universelle (CSU2030), une majorité des 175 personnes interrogées dans 56 pays ont confirmé que les organisations de la société civile avaient mené leurs mesures de riposte à la COVID-19 indépendamment des pouvoirs publics. Les administrations doivent interagir plus étroitement avec les populations, les communautés et la société civile dans le cadre d'initiatives de dialogue, afin de mieux comprendre les requêtes, les opinions et les attentes de la société, et de prendre ainsi des décisions plus adaptées et plus acceptables par le public aux fins de la riposte actuelle à la pandémie.

27. En 2020, le Groupe indépendant d'experts chargés du suivi des responsabilités dans le cadre de l'initiative Toutes les femmes, tous les enfants¹⁴ a publié un rapport intitulé « Caught in the COVID-19 storm: Women's, children's, and adolescents' health in the context of UHC and the SDGs ». Il est estimé, dans le rapport, que les progrès vers les cibles des objectifs de développement durable liées à la santé des femmes, des enfants et des adolescents avaient déjà pris un retard de 20 % avant que ne survienne la pandémie. Celle-ci a mis à nu la fragilité des systèmes sanitaires et d'autres secteurs dans la plupart des pays et a amplifié les inégalités : les femmes, les enfants et les adolescents, ainsi que les autres personnes les plus vulnérables, ont été les plus durement touchés par les effets directs et indirects de la COVID-19. Selon les

¹³ Dheepan Rajan et autres, « Governance of the Covid-19 response: a call for more inclusive and transparent decision-making », *BMJ Global Health*, vol. 5, n° 5 (mai 2020).

¹⁴ www.everywomaneverychild.org.

estimations faites avant le début de la pandémie par diverses organisations internationales et non gouvernementales, 20 à 40 % des dépenses de santé dans tous les pays du monde sont gaspillées en raison de leur inefficacité, cette constatation ayant été faite à maintes reprises au cours des dix dernières années^{15, 16}. Ces pertes résultent de problèmes systémiques tels que le sous-investissement dans des approches fondées sur des données factuelles, ainsi que la corruption, le gaspillage, l'aide de qualité insuffisante et l'incapacité d'atteindre les personnes qui en ont le plus besoin^{17, 18, 19}. Les dépenses sanitaires mondiales s'établissaient à 7 800 milliards de dollars en 2017, soit 10 % du produit intérieur brut mondial, ce qui signifie qu'environ 2 000 milliards de dollars pourraient être gaspillés chaque année en raison d'un manque d'efficacité^{20, 21}. Dans son rapport de 2020, le Groupe indépendant d'experts chargés du suivi des responsabilités a formulé trois recommandations clés pour réaliser de réels progrès en matière de responsabilisation : a) investir dans des systèmes de données fiables aux fins de la sécurité mondiale et nationale ; b) institutionnaliser des fonctions et mécanismes de responsabilisation et prévoir les mandats y afférents ; c) démocratiser les processus de responsabilisation qui valorisent les expériences vécues par le public et en tiennent compte.

28. Dans son rapport intitulé « Suivi des réunions de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur des questions relatives à la santé », le Directeur général de l'OMS a noté que les prochaines étapes consisteraient notamment à renforcer la responsabilité sociopolitique pour faire progresser la réalisation des objectifs en matière de santé et de développement durable, comme convenu dans la déclaration politique issue de la réunion de haut niveau^{22, 23}. L'OMS est en train de mettre en place un groupe indépendant chargé d'examiner l'application du principe de responsabilité au regard des objectifs de développement durable concernant la santé et des droits en matière de santé, l'accent étant mis sur les personnes laissées pour compte. Les consultations viseront à recueillir les contributions d'un large éventail de parties prenantes, notamment les États Membres, les partenariats multipartites, les parlementaires, la société civile, les communautés et les partenaires de développement, afin d'éclairer la voie à suivre^{24, 25}.

29. Pour composer avec différentes parties prenantes et les associer à l'action, y compris les populations, les communautés et la société civile, il faut un ensemble de compétences spécifiques. En collaboration avec les membres du Partenariat mondial pour la couverture sanitaire universelle (CSU2030), en particulier les acteurs de la

¹⁵ Groupe de la Banque mondiale, « Financement à haut rendement de la couverture sanitaire universelle : Impulser une croissance durable pour tous au XXI^e siècle » (Washington, Banque internationale pour la reconstruction et le développement, 2019).

¹⁶ OMS, « Rapport sur la santé dans le monde 2010 : Le financement des systèmes de santé: le chemin vers une couverture universelle » (Genève, 2010).

¹⁷ Till Bruckner, « The Ignored Pandemic: How Corruption in Healthcare Service Delivery Threatens Universal Health Coverage » (Londres, Transparency International, 2019).

¹⁸ Action Aid, « Real Aid 3: Ending Aid Dependency » (Londres, 2011).

¹⁹ Organisation de coopération et de développement économiques, « Coopération pour le Développement : Rapport 2005 – Efforts et politiques des membres du Comité d'aide au développement » (Paris, 2006).

²⁰ OMS, « Global Spending on Health: A World in Transition » (Genève, 2019).

²¹ Ibid.

²² OMS, document EB146/6, par. 13.

²³ Groupe indépendant d'experts chargés du suivi des responsabilités dans le cadre de l'initiative Toutes les femmes, tous les enfants, « Caught in the COVID-19 storm: Women's, children's, and adolescents' health in the context of UHC and the SDGs » (Genève, 2020).

²⁴ Joy Phumaphi et autres, « A crisis of accountability for women's, children's, and adolescents's health », *The Lancet*, vol. 396, n° 10246 (juillet 2020).

²⁵ Groupe indépendant d'experts chargés du suivi des responsabilités, « Caught in the COVID-19 storm ».

société civile, l'OMS met actuellement au point un manuel sur la participation sociale en faveur de la couverture sanitaire universelle, qui sera publié à la fin de 2020. En s'appuyant sur une série d'études de cas et une analyse des publications disponibles, le manuel fournira aux décideurs et décideuses des conseils précis sur les meilleures pratiques pour interagir véritablement et efficacement avec les populations, la société civile et les communautés aux fins de l'élaboration des politiques et de la prise de décision (voir encadré 3).

Encadré 3

Messages clés tirés d'études de cas menées dans différents pays et d'analyses d'un large éventail de publications spécialisées

La mise en place et le maintien de mécanismes participatifs et inclusifs de gouvernance constituent un défi et ne suffisent pas en eux-mêmes à garantir une participation véritable. Les mécanismes existants doivent être évalués et affinés au fil du temps, compte tenu des éléments suivants :

- Le renforcement des capacités des pouvoirs publics et des communautés est nécessaire pour garantir la participation et devrait porter spécifiquement sur la manière de renforcer la participation et les compétences.
- Les initiatives de participation sociale sont souvent critiquées pour leur peu d'influence sur la prise de décision, et l'adoption de politiques n'est pas toujours la priorité dans les processus de gouvernance participative. Plusieurs facteurs, tels que la culture de la participation et la volonté politique, ainsi que les engagements pris par les responsables (en particulier ceux qui gèrent les budgets et influencent les politiques), peuvent faire pencher la balance du côté d'une participation accrue aux politiques.
- Différents types de cadres juridiques, tels que la législation sur le droit à la santé et les lois relatives à la santé et à la décentralisation, peuvent avoir des incidences positives sur la participation sociale, mais ils ne garantissent pas l'efficacité de la participation. Les cadres juridiques peuvent être particulièrement utiles lorsque la dynamique de participation existe mais doit être renforcée.

Soutien international

30. Au cours de la pandémie de COVID-19, le Secrétaire général a publié un certain nombre de notes de synthèse concernant les plans de riposte sanitaire et de relance socioéconomique, notamment « Cadre des Nations Unies pour la réponse socioéconomique immédiate à la COVID-19 », « Inclusion du handicap dans la riposte à la COVID-19 », « Nécessité de tenir compte de la santé mentale dans le cadre de la lutte contre la COVID-19 » et « La COVID-19 et la couverture sanitaire universelle ». Ces notes de synthèse expliquent comment la communauté internationale peut répondre de façon coordonnée à la pandémie, en veillant à donner la priorité aux plus vulnérables.

31. Le 24 septembre 2019, au Siège de l'Organisation des Nations Unies, 12 organisations multilatérales ont lancé un plan conjoint pour mieux soutenir les pays au cours des 10 prochaines années afin d'accélérer les progrès vers les objectifs de développement durable liés à la santé. Élaboré sur une période de 18 mois et

intitulé « Une collaboration renforcée pour une meilleure santé – Plan d'action mondial pour permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous »²⁶, ce plan explique comment une douzaine d'organisations multilatérales actives dans les domaines de la santé, du développement et de l'action humanitaire entendent collaborer afin d'être plus efficaces et de fournir aux pays un appui rationalisé, le but étant d'instaurer la couverture sanitaire universelle et d'atteindre les cibles concernant la santé prévues par les objectifs de développement durable. Alors que de nombreuses initiatives précédentes en matière de santé mondiale ont utilisé le financement comme levier de collaboration, le Plan d'action global ne nécessite pas de financement supplémentaire. Il favorise plutôt un changement culturel au sein de l'architecture sanitaire existante, en faveur d'une collaboration plus ciblée et plus systématique entre les 12 organisations et avec les pays.

32. Le suivi des avancées enregistrées dans la mise en œuvre des engagements pris dans la déclaration politique issue de la réunion de haut niveau sur la couverture sanitaire universelle sera harmonisé avec le suivi des avancées enregistrées vers la réalisation des objectifs de développement durable. Le suivi des progrès exposé dans le présent document repose en grande partie sur le *Rapport de suivi 2019*. Les pays peuvent adapter ce suivi au contexte qui est le leur, dans le cadre de leur planification du secteur de la santé nationale et de l'examen des processus ayant trait aux objectifs de développement durable. Il est essentiel de renforcer le forum politique de haut niveau pour le développement durable pour faire appliquer le principe de responsabilité au regard des objectifs de développement durable, y compris pour la cible 3.8 relative à la couverture sanitaire universelle.

33. Le Programme spécial sur les soins de santé primaires a été créé en 2019²⁷ et assiste les pays par l'intermédiaire de l'Équipe de travail conjointe pour la couverture médicale universelle, en fournissant notamment un soutien approfondi aux pays dont les systèmes de soins de santé sont fragiles et une aide adaptée aux pays aux fins de l'examen de leurs orientations nationales, de la définition des programmes de santé essentiels et de la mise en place d'institutions qui assureront une bonne gouvernance. L'Équipe de travail conjointe propose également des moyens d'action par le truchement du Partenariat mondial pour la couverture sanitaire universelle et du Programme spécial renforcé sur les soins de santé primaires, pour aider les systèmes de santé nationaux à mener des réformes et à s'adapter aux besoins accrus liés à la maîtrise de la COVID-19 et aux interventions y afférentes dans environ 120 pays des six régions couvertes par l'OMS. Ce travail bénéficie d'une forte collaboration entre l'OMS et les parties prenantes aux niveaux mondial, régional et national²⁸.

34. Dans la déclaration politique issue du forum politique de haut niveau pour le développement durable organisé sous les auspices de l'Assemblée générale (résolution 74/4, annexe), adoptée en octobre 2019, les États Membres se sont engagés à procéder à un examen ambitieux et efficace de la structure et des aspects organisationnels du forum politique de haut niveau ainsi qu'au suivi et à l'évaluation du Programme de développement durable à l'horizon 2030 à l'échelle mondiale en vue de mieux combler les lacunes qui ont été constatées et de faire ce qu'il faut pour surmonter les difficultés, notamment en matière de financement, et ce pour renforcer davantage le caractère effectif et participatif de ce forum intergouvernemental et

²⁶ Consultable à l'adresse suivante : www.who.int/initiatives/sdg3-global-action-plan.

²⁷ OMS et Fonds des Nations unies pour l'enfance, « Primary Health Care: Transforming Vision into Action – Operational Framework », projet de texte pour consultation, Documents techniques sur les soins de santé primaires (Genève, 2018).

²⁸ OMS, « Cadre opérationnel pour les soins de santé primaires – De l'ambition à l'action » (Genève, 2020), projet de texte.

encourager les États à profiter des examens nationaux volontaires pour apprendre les uns des autres.

35. Pour surmonter les principaux obstacles à l'accélération des progrès vers la couverture sanitaire universelle, il faut des équipes d'encadrement, des institutions et des systèmes réglementaires solides. La bonne gouvernance des systèmes de santé peut donner réalité aux réformes en faveur de la couverture sanitaire universelle. Il faut par conséquent que la communauté sanitaire mondiale reconnaisse qu'il est essentiel de concentrer l'attention et les ressources sur le renforcement de la gouvernance sanitaire au niveau des pays et d'avancer, parallèlement, dans d'autres domaines liés aux systèmes de santé, afin de mettre en place un système sanitaire dont les populations, les communautés et la société civile se sentent coresponsables et qui repose sur une couverture sanitaire universelle.

36. Il est communément établi que, pour promouvoir des réformes équitables et adaptées, il est impératif de fonder la gouvernance sur une approche inclusive du renforcement des systèmes sanitaires, à laquelle tous les acteurs concernés puissent participer. Les efforts de participation sociale permettent aux pouvoirs publics de comprendre les différentes attentes des intéressés et de prendre connaissance de leurs expériences concrètes et des difficultés qu'ils rencontrent sur le plan sanitaire. Les décisions prises par les gouvernements ont plus de chances d'être considérées comme légitimes et applicables si elles résultent de consultations suffisantes auprès d'un éventail inclusif et représentatif de parties prenantes.

37. La Journée internationale de la couverture sanitaire universelle, célébrée le 12 décembre, présente chaque année l'occasion de sensibiliser davantage le public, de renforcer la solidarité et la coopération internationales et d'œuvrer à l'instauration de la couverture sanitaire universelle en favorisant des cadres et des forums de collaboration nationaux, régionaux et mondiaux. En 2019, le thème de la Journée de la couverture sanitaire universelle était « Réalisons nos promesses », et les pouvoirs publics, les organisations internationales, les organisations de la société civile, le secteur privé, les universités et les médias ont été encouragés à continuer d'assumer leur responsabilité au regard de la promesse de la santé pour toutes et tous et de rappeler aux dirigeantes et dirigeants et aux systèmes sanitaires leur responsabilité à cet égard. Le Partenariat mondial pour la couverture sanitaire universelle (CSU2030) a également résumé les principaux objectifs, engagements et suites à donner contenus dans la déclaration politique issue de la réunion de haut niveau sur la couverture sanitaire universelle, afin d'aider les pays à traduire en mesures nationales les engagements pris au niveau mondial²⁹.

38. L'OMS élabore actuellement un répertoire de la couverture sanitaire universelle qui servira de référentiel de connaissances pour éclairer les décisions d'investissement relatives à la couverture sanitaire universelle. Le répertoire sera axé sur la prestation de services qui ne fait pas de laissés-pour-compte et sur le rôle que jouent les programmes de prestations dans l'optimisation des ressources et l'application du principe de responsabilité. La base de données du répertoire contiendra des données et d'autres informations sur : l'utilisation des ressources (produits sanitaires, main-d'œuvre et autres contributions) ; les plateformes types de prestation de services, y compris la télémédecine ; les éléments à prendre en compte dans les décisions relatives au financement et au rapport coût-efficacité ; la pertinence des politiques au regard de programmes de santé ou d'objectifs de développement spécifiques, notamment les différentes cibles associées aux objectifs de développement durable.

²⁹ Réunion de haut niveau des Nations Unies sur la couverture sanitaire universelle, « Cibles, engagements et actions clés » (décembre 2019).

IV. Recommandations

39. Les États Membres devraient accélérer leurs efforts en vue de mettre en place la couverture sanitaire universelle d'ici à 2030 pour permettre à chacun et à chacune de mener une vie saine et de connaître le bien-être tout au long de sa vie et, à cet égard, prendre des mesures pour : a) faire progressivement en sorte qu'un milliard de personnes supplémentaires accèdent, d'ici à 2023, à des services de santé essentiels de qualité et à des médicaments, des vaccins, des outils de diagnostic et des technologies sanitaires essentiels qui soient sûrs, de qualité, efficaces et abordables, en vue de parvenir à une couverture universelle d'ici à 2030 ; b) inverser la tendance à la hausse des dépenses de santé à la charge des patients, qui constitue une situation catastrophique à laquelle il faut mettre un terme en prenant des mesures visant à protéger les populations des risques financiers liés aux dépenses de santé et à éliminer d'ici à 2030 la paupérisation qui en découle, en accordant une attention particulière aux pauvres ainsi qu'aux personnes qui sont vulnérables ou en situation de vulnérabilité.

40. Les États Membres devraient engager toutes les parties prenantes concernées, y compris la société civile, le secteur privé et les milieux universitaires, par la mise en place de plateformes participatives et transparentes, à concourir à l'élaboration et à l'application des politiques de santé visant à réaliser les objectifs nationaux relatifs à la couverture sanitaire universelle. La définition d'objectifs nationaux et le renforcement des dispositifs nationaux de suivi et d'évaluation, conformément au Programme de développement durable à l'horizon 2030, permettront d'assurer un suivi régulier des progrès accomplis vers la mise en place de la couverture sanitaire universelle d'ici à 2030. Il peut s'agir d'institutionnaliser des fonctions de responsabilisation et de prévoir les mandats y afférents, à la fois au moyen de mécanismes d'examen des systèmes nationaux et de mécanismes d'examen indépendants.

41. Les États Membres devraient investir dans des systèmes de données fiables car les systèmes d'information actuels ne permettent pas d'obtenir des données actualisées sur le déploiement des programmes et les investissements réalisés dans le domaine de la santé. Les enquêtes auprès des ménages prévues pour 2020 ont été largement reportées à 2021, et seules 10 enquêtes de ce type sont en cours, tandis que les enquêtes sur les établissements de santé sont presque inexistantes. Dans la mesure du possible, les systèmes d'information relatifs à la gestion sanitaire devraient viser à ventiler les données par sexe, âge, revenu, race, appartenance ethnique, statut migratoire, handicap, localisation géographique et autres caractéristiques pertinentes selon le contexte national.

42. Les États Membres devraient veiller à ce que les personnes appartenant aux groupes les plus gravement touchés par la COVID-19 ne se retrouvent plus dans des situations où elles ne parviennent pas à obtenir les services sanitaires dont elles ont besoin, notamment les personnes victimes de violences sexuelles, les personnes handicapées (qui représentent 15 % de la population mondiale), les personnes ayant des besoins en matière de santé mentale, les personnes vivant avec le VIH/sida, les personnes âgées, les réfugiés, les personnes déplacées et les migrants.

43. Pour progresser vers la couverture sanitaire universelle, les États Membres devraient garantir des dépenses publiques intérieures suffisantes en matière de santé, en commençant par des investissements dans les « biens communs pour la santé », à savoir les fonctions essentielles de santé publique qui doivent être

financées par des accords collectifs³⁰. Ces fonctions font partie intégrante des engagements pris par tous les États Membres dans le cadre du Règlement sanitaire international (2005) et de la déclaration politique issue de la réunion de haut niveau sur la couverture sanitaire universelle, tenue en 2019^{31, 32}.

44. L'expérience de la COVID-19 renforce également les messages appelant au financement d'une couverture sanitaire universelle. Les États Membres devraient agir pour réduire les obstacles financiers empêchant l'accès aux services de santé essentiels, à la fois pour permettre l'accès financier des personnes les plus pauvres et pour maîtriser efficacement les épidémies, compte tenu des incidences de pareilles mesures sur le développement socioéconomique au sens large. Mais il ne suffit pas de déclarer simplement que les soins doivent être gratuits. Pour réduire efficacement les obstacles financiers, il faut que les prestataires soient indemnisés, idéalement à l'avance, et disposent ainsi des moyens nécessaires pour pouvoir dispenser les services sans recevoir de paiement au moment de leur utilisation. Les gouvernements pourraient mettre en place des mécanismes fiables pour assurer la fourniture gratuite de services essentiels³³ et en informer correctement le public. Dans les pays où la couverture sanitaire repose sur les cotisations et est habituellement liée à l'emploi, il a fallu injecter des fonds provenant du budget général dans le système, à la fois pour réduire sa vulnérabilité aux pertes d'emploi et pour faire en sorte que les mesures essentielles de lutte contre la COVID-19 puissent être mises en œuvre³⁴. Ainsi, l'atténuation ou la suppression de la corrélation entre couverture sanitaire et emploi sont essentielles pour permettre la résilience aux chocs économiques qui provoquent des pertes d'emplois dans le secteur formel.

³⁰ OMS, Health topics, « Common goods for health: overview ». Consultable à l'adresse suivante : www.who.int/.

³¹ Ibid., Règlement sanitaire international, 3^e édition (Genève, 2005).

³² Résolution 74/2 de l'Assemblée générale.

³³ Prosper Tumusiime, « Domestic health financing for COVID-19 response in Africa », Social Health Protection Network, 28 avril 2020.

³⁴ Par exemple, en Allemagne et en République tchèque : OMS, COVID-19 Health System Response Monitor, Countries (politiques mises en place par l'Allemagne et la République tchèque), « Paying for services : health financing », 6 novembre 2020, dernière mise à jour. Consultable à l'adresse suivante : www.covid19healthsystem.org/.