

Editorial

Sous l'impulsion des Objectifs du millénaire pour le développement, des progrès sanitaires importants ont été réalisés ces quinze dernières années, en particulier en matière de mortalité infantile et de lutte contre certaines maladies telles que la tuberculose et la malaria. Il faut s'en réjouir.

Cependant, la focalisation sur certaines maladies s'est parfois faite au détriment du renforcement des systèmes de santé dans leur ensemble, base indispensable pour atteindre graduellement une couverture sanitaire universelle. Par exemple, d'importants moyens ont été mis à disposition pour enrayer l'épidémie d'Ebola. Or, d'autres sont maintenant nécessaires pour former des soignants dans les pays concernés car plusieurs centaines d'entre eux n'ont pas survécu.

L'objectif de développement durable consacré à la santé ne peut être atteint que si toutes les personnes et toutes les communautés bénéficient des services de santé de qualité dont elles ont besoin sans se heurter à des difficultés financières.

La réalisation de la couverture sanitaire universelle dépend donc de l'interconnexion de nombreux facteurs. C'est pourquoi, plus qu'un objectif, elle est aussi une approche qui implique de réfléchir de manière systémique. La DDC la poursuit et priorise toute intervention qui tend à un renforcement des systèmes de santé. Dans ce Global Brief, vous pouvez découvrir notamment comment la DDC s'engage au niveau global, via sa participation au réseau P4H (Providing for Health), en faveur d'une collaboration accrue des acteurs et d'un financement de la santé équitable et viable.

Bonne lecture!

Dominique Favre, Vice-directeur adjoint

UN PAS VERS LA SANTÉ POUR TOUS



Service des urgences de l'hôpital public de San Juan de Dios, Guatemala City.
Photo Maria Fleischmann/Banque mondiale

Disposer des services de santé essentiels est une chose, y accéder en est une autre. Et pouvoir les payer sans tomber dans la pauvreté, encore une autre. Tels sont les défis à relever pour garantir une couverture universelle de santé. Le programme global santé de la DDC y contribue au moyen d'initiatives concrètes et de dialogue politique.

Monique Koumateke, 31 ans, enceinte de jumeaux, était au terme de sa grossesse lorsque sa famille l'amena à la maternité en raison de complications. Comme elle n'avait pas de quoi payer sa prise en charge, elle fut laissée aux portes de l'établissement durant plusieurs heures, avant d'y mourir. C'était le 12 mars 2016 à l'hôpital Laquintinie de Douala, au Cameroun. L'histoire n'aurait peut-être pas fait un tel scandale dans le pays si une nièce de Monique n'avait pas supplié en vain le personnel médical de tenter alors une césarienne d'urgence, avant d'ouvrir elle-même le corps de la morte avec une lame de rasoir pour en extraire les deux bébés. L'un était mort, le second mourut peu après. La scène, filmée sur téléphone, a fait le tour des réseaux sociaux. Ce

fait divers particulièrement macabre illustre l'inégalité qui frappe la frange la plus pauvre de la population devant les soins médicaux.

Quatre cent millions. C'est le nombre de personnes qui, dans le monde, n'ont pas accès à l'ensemble des services de santé essentiels, soit presque autant que la population totale du continent sud-américain. Pire, dans 37 pays étudiés, 17% de la population s'enfonce dans l'extrême pauvreté (moins de 2 dollars disponibles par jour) parce que les malades doivent payer eux-mêmes leurs soins. On parle alors de «coût catastrophique» de la santé. Ces chiffres sont issus d'un rapport conjoint de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et de la Banque mondiale, paru en 2015.

Le même document rappelle que le paiement direct demandé aux patients est l'un des obstacles principaux à l'accès aux soins pour tous. Les plus pauvres ne vont pas se faire soigner faute de moyens. Leur nombre est par définition impossible à déterminer mais une chose est sûre : l'indigence entraîne une dégradation de l'état de santé qui à son tour pèse sur les moyens de subsistance, dans une spirale sans espoir. Les pays riches connaissent des exclus en matière de santé, mais c'est dans les pays à bas et moyen revenu que le problème est le plus grave.

Couverture sanitaire universelle

En 2005, les pays membres de l'OMS se sont engagés à «développer leur système de financement de la santé afin que tout le monde ait accès aux services sans souffrir de difficultés financières pour les payer». Ce concept a pris le nom de couverture sanitaire universelle. Il a été étendu pour inclure d'autres questions : quelle est la gamme des services offerts et leur qualité ? Pour qui sont-ils accessibles ? Quel est le degré de protection financière pour les différentes couches de la population lorsqu'elles utilisent ces services ?

L'accès aux services de base concerne le traitement des maladies, mais il commence par les mesures de promotion et de prévention: nutrition, activité physique, planning familial, suivi prénatal, vaccination des enfants ou accès à l'eau. Pour l'OMS, il suffit que l'un de ces services soit inaccessible pour que la couverture universelle ne soit pas réalisée. Elle est considérée comme atteinte lorsque 80% de la population d'un pays en bénéficie. Cela implique, toujours selon l'organisation, une infrastructure sanitaire solide, efficace et bien gérée; des soins de qualité à un coût abordable; l'accès aux médicaments et aux technologies médicales ainsi qu'à un personnel médical motivé, bien formé et en nombre suffisant. Le financement demeure la pierre angulaire.

En 2010, l'OMS publia un rapport qui plaidait pour un système de financement solidaire et subventionné pour faciliter l'accès aux services essentiels. Si l'aide internationale demeure vitale pour les pays les plus pauvres, ces derniers doivent aussi mobiliser

les moyens d'un financement interne notamment par une plus grande rigueur fiscale et une allocation plus efficace de leurs modestes ressources.

Pour la réalisation de ces objectifs, la DDC se focalise sur trois piliers : la mobilisation de ressources additionnelles, un mécanisme de protection sociale pour intégrer les plus pauvres et l'amélioration ciblée de la qualité des prestations. Le défi est de fournir un service de qualité, abordable, à une population de plus en plus nombreuse et qui vit de plus en plus longtemps. Certains pays à revenu bas ou intermédiaire, comme le Mexique, le Rwanda, le Gabon et la Thaïlande, ont montré que des progrès significatifs en direction des soins pour tous étaient possibles.

Une approche plus systémique

L'importance de la couverture sanitaire universelle a été reconnue par l'assemblée générale des Nations Unies en 2012. Le thème a logiquement fait partie des négociations des Objectifs de développement durable (ODD), adoptés fin 2015. Certains pays voulaient en faire un objectif à part entière. D'autres, dont la Suisse, estimaient que cette focalisation risquait d'occulter des facteurs importants qui concourent à la santé tels que l'éducation, le logement ou le niveau de revenu. Ils ont en effet un impact direct sur l'état de santé et sur l'accès aux services adéquats. Au final, la couverture sanitaire universelle constitue une cible importante de l'Objectif 3 des ODD, consacré à la santé.

Les acteurs et les donateurs du domaine sanitaire se focalisent souvent sur une maladie ou un groupe de maladies. Typiquement, ils financent des produits médicaux, des infrastructures ainsi que la formation de personnel spécifiquement pour cette maladie. En ignorant les systèmes de santé dans leur globalité, ils risquent d'entraîner des redondances et des gaspillages. La couverture universelle par contre, comme les ODD, prône l'interdépendance des thématiques. Elle constitue un changement systémique qui pousse au fonctionnement en réseau et à une collaboration multisectorielle, comme le démontre l'initiative globale P4H dans le domaine du financement de la santé (voir page 3).

Cette approche demande non seulement l'élargissement, dans les pays, de la gamme de soins ou de la part de la population bénéficiant de protection financière ; elle implique aussi, au niveau mondial, un intense dialogue politique, auquel la DDC participe activement à travers son programme global santé. Ce dernier cherche notamment à promouvoir la mise en œuvre graduelle de tous les aspects de la couverture sanitaire universelle. Les pays du sud par exemple ont tendance à mettre plus l'accent sur l'accès aux médicaments abordables et moins sur la qualité des services de santé.

Ce dialogue se déroule en majorité à l'OMS pour le niveau global, mais aussi dans d'autres structures comme la Banque mondiale, le Bureau International du Travail ainsi que dans les pays eux-mêmes ou en relations stratégiques avec des groupes de pays. Un «forum politique et de coordination» est par ailleurs en train de se mettre sur pieds au niveau international. Il a pour but de joindre les forces de tous les acteurs de la santé afin d'étendre la couverture sanitaire universelle à travers le renforcement des systèmes de santé, de les aligner sur les plans nationaux et de promouvoir et soutenir une bonne gouvernance en la matière, notamment dans les pays les plus pauvres. ■



La pédiatrie est un élément central de la couverture universelle de santé. Ici à l'Hôpital Makara de Preah Vihear, au Cambodge.
Photo Chhor Sokunthea/Banque mondiale

Un réseau pour la santé

La politique de santé est l'affaire de chaque gouvernement. Cependant, à mesure que l'objectif de la couverture universelle gagne en visibilité et en importance, les demandes d'appui de la part des pays à faible et moyen revenu se multiplient et les acteurs (partenaires techniques et financiers) qui y répondent aussi. Résultat : donateurs, conseillers en matière de santé, de protection sociale, de finance ou de gouvernance, tous donnent leur avis, parfois contradictoires.

C'est exactement pour lutter contre ces travers que le « réseau global pour la couverture sanitaire universelle et la protection sociale de santé » a été créé en 2007. En anglais, il se contracte en « Providing for Health » ou P4H. Il rassemble l'OMS, l'Organisation internationale du travail, la Banque mondiale, les Banques africaine et

asiatique de développement, ainsi qu'un certain nombre de pays, dont la Suisse, qui est le principal bailleur de fonds du réseau. Le P4H offre les prestations suivantes: il sert de plateforme d'échange, de présentation d'innovations, de dialogue et de formation et assure la coordination des soutiens techniques.

Jusqu'à présent, une trentaine de pays en développement ont fait appel au P4H. Il est question de stratégies de financement au Bénin ou en Ouganda, de protection sociale au Cambodge, d'extension de la couverture de santé au secteur informel en Indonésie, ou du lancement d'une stratégie nationale de couverture sanitaire universelle au Tchad, pour ne citer que quelques cas. Dans ce dernier pays comme au Mozambique, le financement de la santé est une priorité dans les programmes bilatéraux de la DDC. Elle y

tient d'ailleurs le rôle de point focal pour le P4H.

L'accompagnement du P4H s'étale sur plusieurs années, en fonction des besoins, et permet de suivre les progrès réalisés. Le Bangladesh, par exemple, a nourri l'idée d'une stratégie nationale après avoir participé à un forum sur le financement de la santé en Asie du sud en juin 2010, organisé entre autres par la Banque mondiale et le P4H. L'année suivante, une série de rencontres et d'ateliers ont permis notamment de montrer que 60% de la population payait de sa poche les soins de santé. Ces premiers pas ont été prolongés par une conférence sur la protection sociale, et ont débouché sur un projet pilote d'assurance maladie en novembre 2011. Ont suivi l'élaboration d'une stratégie de financement puis d'une loi sur la protection sanitaire. ■

Trois questions à ...

DAVID B. EVANS. Economiste de la santé, il est consultant pour la Banque mondiale et travaille sur le financement de la santé. Il a dirigé le département Gouvernance et financement des systèmes de santé de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) depuis sa création en 2003 jusqu'en mars 2015.



On considère qu'un pays est parvenu à la couverture sanitaire universelle lorsque 80% de sa population bénéficie des services de santé essentiels.

Les 20% restants ne risquent-ils pas d'être laissés pour compte ?

Le but de la couverture sanitaire universelle implique que toute la population bénéficie progressivement des services de santé de qualité dont elle a besoin. Aucun pays n'y arrive totalement puisque de nouvelles technologies améliorant la santé ne cessent de voir le jour, mais certains s'en approchent plus que d'autres. L'objectif de couverture à 80% est donc un moyen commode de mesurer les progrès accomplis par des pays dont les conditions initiales varient fortement. Les pays qui atteignent ce seuil devraient poursuivre leurs efforts en vue des 100%.

Même les pays les plus pauvres sont supposés financer jusqu'à 75% de leur couverture sanitaire universelle. Est-ce réaliste ?

Les pays à faible revenu financent actuellement environ 75% de leurs frais de santé par des ressources propres. Même si les 25% restants sont couverts par l'aide publique, les dépenses sont insuffisantes, et de loin, pour approcher la couverture universelle. Je suis en total désaccord avec l'idée de plus en plus répandue selon laquelle ces pays disposent de ressources suffisantes pour assurer une couverture universelle. Ce n'est pas le cas, et même avec une solide croissance économique, cela ne sera pas le cas d'ici 2030. L'aide au développement en faveur de la santé doit être augmentée, non diminuée, si la communauté internationale considère cet objectif sérieusement.

L'un des objectifs du réseau bilatéral et multilatéral Provide for Health («assurer la santé») est de parvenir à une plus grande cohérence entre les nombreux acteurs dans le secteur de la santé, donateurs compris. Quels sont les principaux obstacles ?

À mon avis, l'enjeu principal réside dans les différences fondamentales d'approche concernant les meilleures manières de développer des systèmes de financement de la santé pour une couverture sanitaire universelle. Des différences de vue sont inévitables et peuvent être utiles aux pays qui sont à même de choisir ce qui leur convient le mieux. Le défi est de s'assurer que les agences partenaires et les pays bénéficiaires reçoivent les meilleures informations disponibles pour élaborer leurs politiques publiques. Il s'agit également de veiller à ce que les pays aient les capacités suffisantes pour faire un choix entre des opinions divergentes. ■

Un logiciel open source pour gérer les assurances-maladies

La couverture sanitaire universelle implique la protection financière solidaire contre les risques, par exemple via un système d'assurance. La gestion efficace d'un tel système nécessite le recours à une plateforme informatique, d'autant plus lorsque le nombre de bénéficiaires, donc d'opérations, connaît une forte croissance. Les pays à faible et moyen revenu n'ont cependant pas toujours les capacités financières ou techniques de créer une telle plateforme. D'où l'intérêt du logiciel mis au point par l'Institut tropical et de santé publique suisse à Bâle (Swiss

TPH), qui a été testé dans le cadre d'un programme bilatéral financé par la DDC en Tanzanie.

Le système, mis en place en 2011 et 2012, permet la gestion électronique centralisée des adhésions, des renouvellements, des déclarations de sinistres et de la facturation. Il est utilisable pour différents types et produits d'assurances et dans tous les contextes. Par ailleurs, le système permet à l'assurance et aux prestataires de soins d'identifier les bénéficiaires par un code

d'identification personnel lié à leur photo. Il fonctionne aussi sans réseau et synchronise les données avec le serveur central une fois qu'internet est disponible.

En Tanzanie même, le modèle couvre trois régions, et il est envisagé de le généraliser comme système national. Dans la première région testée, il a professionnalisé l'organisation de l'assurance maladie et permet à environ 420 000 membres d'accéder à 827 centres de santé.

En 2013, le Cameroun a adopté le logiciel, l'année suivante le Népal. Il a été adapté aux besoins spécifiques de chaque pays avec l'aide d'autres partenaires que la DDC. Dans les deux cas, le Swiss TPH assure l'appui technique. Le projet est soutenu par le réseau P4H (voir p. 3).

Le logiciel est pour l'instant disponible via une licence propriétaire qui appartient à la DDC. Le programme global santé de la DDC prévoit d'en développer une version open source qui soit modulable et interopérable avec d'autres systèmes informatiques sanitaires. L'accès à un logiciel ouvert réduit à priori les coûts en évitant de payer une licence commerciale.

Un autre avantage de la « licence publique générale », qui caractérise un logiciel ouvert, est qu'elle autorise les utilisateurs à le télécharger, l'adapter et le distribuer, pour autant que les changements apportés soient accessibles via la même licence. L'amélioration et le développement continu du logiciel se trouvent ainsi assurés par une communauté active d'utilisateurs et de développeurs. Les modifications qui touchent à la structure de base du logiciel restent toutefois sous la responsabilité de l'équipe qui gère la version master. ■

Priorités de la DDC

La DDC

- aide les gouvernements, à travers ses programmes bilatéraux, à mettre en place une couverture sanitaire universelle. La DDC met à profit ses nombreuses années d'expérience en matière de financement de la santé et de protection sociale en cas de maladie.
- encourage le principe consistant à ne laisser personne de côté (« leave no one behind »). Selon ce principe, les groupes de populations ayant des besoins spécifiques doivent aussi pouvoir bénéficier de services et de produits de bonne qualité, sans pour autant sombrer dans des difficultés financières. Il s'agit par exemple des femmes enceintes, des enfants, des personnes handicapées, des migrant(e)s et des personnes âgées.
- s'engage pour que les systèmes de santé dans leur ensemble soient durablement renforcés. Pour ce faire, une meilleure collaboration de tous les acteurs impliqués est indispensable. La DDC y contribue par exemple en participant au réseau P4H (Providing for Health) qui regroupe plusieurs pays et organisations internationales.
- promeut, via le dialogue politique, la mise en œuvre de tous les aspects de la couverture sanitaire universelle, à savoir l'accès aux soins et leur financement mais aussi la qualité des prestations fournies.



Des patientes dans la salle d'attente de l'hôpital Rédemption à Monrovia, Libéria.
Photo Dominic Chavez/Banque mondiale

Impressum

Publication:

Direction du développement et de la coopération DDC
Domaine Coopération globale
Freiburgstrasse 130, CH-3003 Berne
deza@eda.admin.ch, www.ddc.admin.ch

Cette publication est également disponible en allemand et en anglais