



**Sur la voie de la couverture sanitaire universelle :
défis, opportunités et feuille de route**

Résumé d'orientation

1. Aujourd'hui plus que jamais, la couverture sanitaire universelle est l'une des grandes priorités internationales en matière de santé. L'intérêt pour cette dernière n'est pas nouveau. Elle trouve son expression dans la Constitution de l'OMS de 1948 et elle est un élément central de la Déclaration d'Alma-Ata de 1978 ou, plus récemment, du Rapport sur la santé dans le monde 2010, intitulé « Le financement des systèmes de santé : le chemin vers la couverture universelle ». En 2012, le Comité régional a approuvé une résolution qui soulignait le rôle clé du renforcement des systèmes de santé pour permettre aux pays d'atteindre la couverture sanitaire universelle.
2. Dans le Rapport sur la santé dans le monde 2010, la couverture sanitaire universelle signifie fournir à tous un accès aux services de santé nécessaires (y compris la prévention, la promotion, le traitement et la réadaptation) et d'une qualité suffisante, tout en veillant à ce que leur utilisation n'expose pas l'utilisateur à des difficultés financières. La couverture sanitaire universelle comprend trois dimensions, à savoir la proportion des coûts, les services et la population qui sont couverts.
3. Les éléments clés de l'approche complète de l'OMS pour atteindre la couverture sanitaire universelle reprennent cette idée. Cette approche concorde parfaitement avec les valeurs et les principes des soins de santé primaires. Elle est à la base du douzième programme général de travail et des cinq catégories d'activités pour 2014-2019. Elle reconnaît qu'il est important de renforcer toutes les composantes du système de santé, souligne l'importance de la mise en place de partenariats et rappelle qu'un bon suivi des progrès est nécessaire pour atteindre la couverture sanitaire universelle. L'OMS élabore actuellement un cadre pour le suivi des progrès sur la voie de la réalisation de la couverture sanitaire universelle, en collaboration avec l'ensemble des partenaires, dont la Banque mondiale.
4. En 2012, les pays de la Région ont été répartis en trois groupes en fonction des résultats sanitaires dans la population, des performances du système de santé et du niveau des dépenses de santé. Les progrès accomplis sur la voie de la couverture sanitaire universelle dans les pays ont été évalués à partir des trois dimensions, et ce pour les trois groupes. Concernant la protection contre les risques financiers, la part des paiements directs par rapport aux dépenses de santé totales a peu évolué ces dix dernières années, mais on observe des tendances différentes dans chaque groupe de pays. Dans les pays du groupe 1, elle est passée de 21 % à 17 % ; dans ceux du groupe 2, elle est restée proche de 50 % ; et dans les pays du groupe 3, elle a augmenté, passant de 59 % à 69 %. Les quelques études sur l'équité menées dans les pays du groupe 2 ont montré qu'une part importante des foyers se trouvaient dans une situation financière catastrophique et étaient poussés dans la pauvreté à cause de la part élevée des paiements directs. On estime que, chaque année, près de 16,5 millions de personnes connaissent ce type de situation financière catastrophique et que 7,5 millions d'individus sont acculés à la pauvreté de cette manière.

5. En ce qui concerne la couverture par les services nécessaires, l'accessibilité géographique frôle 100 % dans les pays du groupe 1 ; elle se situe entre 83 % et 100 % pour ceux du groupe 2 ; et entre 44 % et 97 % pour ceux du groupe 3. Dans les pays du groupe 1, la couverture est totale pour les services liés aux maladies transmissibles, à la santé maternelle et aux soins de l'enfant. Cependant, les maladies non transmissibles, les traumatismes et la santé mentale ne sont pas complètement intégrés aux services proposés au niveau des soins primaires. Dans les pays du groupe 2, la couverture vaccinale est en général supérieure à 90 % et la couverture par les soins prénatals est comprise entre 66 % et 100 %. En outre, 74 % à 100 % des accouchements se déroulent en présence de personnels de santé formés et le taux de prévalence contraceptive se situe entre 38 % et 60 %. Au sein du groupe 3, on constate d'importants écarts entre les pays pour la couverture par les services de soins de santé primaires nécessaires, qui, pour certains services, atteint un niveau beaucoup trop faible. Dans les pays du groupe 1, les citoyens ont un accès à un ensemble complet de services de santé. Plusieurs pays du groupe 2 ont élaboré un ensemble essentiel de soins de santé primaires et de soins hospitaliers, qui sont mis en œuvre à un degré variable. Dans le groupe 3, quatre pays ont défini un ensemble de services de santé de base, qui ne sont la plupart du temps que des paniers de services de base.

6. Concernant la couverture de la population, il est important de surveiller en continu les groupes de population qui sont éligibles et ceux qui ont le droit à une couverture par les divers systèmes de prépaiement. Dans les pays du groupe 1, tous les citoyens sont couverts pour les soins indispensables. Le degré et le type de couverture fournie aux non-ressortissants y sont variables. Ceux-ci sont progressivement couverts par les caisses d'assurance-maladie privées. Malgré des seuils d'éligibilité élevés, la couverture dans les pays du groupe 2 est marquée par une fragmentation, des doublons et un pourcentage variable de la population éligible. En l'absence d'organismes de sécurité sociale bien établis et en raison du sous-financement des services de santé du secteur public, la couverture est principalement limitée aux fonctionnaires et aux militaires, et de larges segments de la population ne sont pas couverts par les systèmes de prépaiement. Dans les pays du groupe 3, le gouvernement est en principe censé couvrir l'ensemble des ressortissants, mais la couverture concerne essentiellement les employés du secteur public. Il n'existe pas d'organisme national de sécurité sociale et les caisses d'assurance-maladie privées ou à base communautaire ne couvrent qu'une infime partie de la population.

7. Plusieurs défis et opportunités peuvent influencer la progression vers la couverture sanitaire universelle dans la Région. Les grands défis sont les suivants : la nécessité d'un engagement soutenu, d'une vision claire et d'une feuille de route bien tracée pour la couverture sanitaire universelle ; le manque de dispositifs de protection contre les risques financiers pour une part importante de la population ; la fourniture insuffisante des services de santé nécessaires ; et la faiblesse des systèmes d'informations sanitaires, qui ne sont pas préparés à suivre l'évolution de la couverture sanitaire universelle. Pour accélérer les progrès, il faut saisir les opportunités en profitant notamment du mouvement mondial de soutien à la couverture sanitaire universelle et de la forte détermination des partenaires du développement, de l'engagement croissant des responsables nationaux de l'élaboration des politiques dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, et de la disponibilité accrue – et sans précédent – de stratégies largement testées ainsi que d'instruments robustes pour promouvoir la couverture sanitaire universelle.

8. Un ensemble de stratégies et une feuille de route prévoyant des actions sont proposées à l'intention des États Membres, de l'OMS et des partenaires afin d'accélérer la progression vers la couverture sanitaire universelle. Les principes d'équité et de justice sont au cœur de cette approche. L'objectif est d'aider les pays à préparer des feuilles de route nationales qui concordent avec leurs priorités et leur niveau de progrès. Les stratégies visent à élaborer une vision et une stratégie pour

progresser vers la couverture sanitaire universelle ; constituer un groupe spécial multisectoriel national pour guider les travaux ; plaider pour un engagement et mettre à jour la législation ; renforcer l'unité chargée de la coordination de la couverture sanitaire universelle au sein du ministère de la Santé ; produire des données factuelles à l'échelon local et partager les données d'expérience internationales ; suivre les progrès ; et mettre sur pied un groupe spécial régional de partenaires du développement avec les États Membres.

Introduction

9. Aujourd'hui plus que jamais, la couverture sanitaire universelle est l'une des grandes priorités internationales en matière de santé. En 2012 uniquement, quatre événements internationaux de haut niveau ont témoigné d'un engagement clair en faveur de la couverture sanitaire universelle : la Déclaration de Bangkok, la Déclaration ministérielle de Kigali, la Déclaration politique de Mexico et la Déclaration de Tunis. En février 2013, la couverture sanitaire universelle a fait l'objet d'une réunion ministérielle organisée par l'OMS et la Banque mondiale, qui rassemblait des représentants des ministères de la Santé et des Finances afin de partager les enseignements tirés et les difficultés rencontrées dans la progression vers la couverture sanitaire universelle. Lors de la consultation thématique mondiale sur la santé, qui a eu lieu en mars 2013 au Botswana (1), l'idée d'intégrer la couverture sanitaire universelle au programme de développement national et mondial pour l'après-2015 a été considérée avec attention.

10. L'ambition de parvenir à la couverture sanitaire universelle n'est pas nouvelle. Elle figure dans la Constitution de l'OMS de 1948 (2) et est un élément central de la Déclaration d'Alma-Ata de 1978 et de la Santé pour tous (3). Plus récemment, le Rapport sur la santé dans le monde 2008 a défini la couverture sanitaire universelle comme l'un des quatre grands principes directeurs de la réforme des soins de santé primaires (4). Le Rapport sur la santé dans le monde 2010, intitulé « Le financement des systèmes de santé : le chemin vers la couverture universelle », résumait les enseignements tirés par les pays ayant accompli des progrès manifestes en matière de couverture sanitaire universelle, en insistant sur les réformes du financement de la santé (5).

11. À l'échelle régionale, les États Membres de la Région OMS de la Méditerranée orientale ont, en toute logique, fait part de leur intérêt pour cet objectif et de leur engagement à cet égard. En 2012, le Comité régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale a approuvé une résolution (EM/RC59/R.3) sur le renforcement des systèmes de santé, qui soulignait son importance pour permettre aux pays d'atteindre la couverture sanitaire universelle (6).

12. Tirant parti des efforts précédents, le présent document a pour but de décrire brièvement les trois dimensions clés de la couverture sanitaire universelle : les coûts directs, les services et la population. Ce document examine la situation des pays de la Région par rapport aux progrès vers la couverture sanitaire universelle, résume les difficultés actuelles et présente les opportunités émergentes qui permettront d'aller de l'avant. Il propose également une stratégie, une feuille de route et des actions associées pour accélérer les progrès en la matière, tout en rappelant les rôles et les responsabilités des diverses parties prenantes pour ce qui est d'atteindre cet objectif. L'accent est mis sur l'engagement et les partenariats multisectoriels, qui sont nécessaires dans l'ensemble des pays, indépendamment du niveau de développement socioéconomique.

Qu'est-ce-que la couverture sanitaire universelle ?

13. Selon le Rapport sur la santé dans le monde 2010, la couverture sanitaire universelle consiste à assurer l'accès de tous aux services de santé nécessaires (notamment la prévention, la promotion, le traitement et la réadaptation) et de qualité suffisante, tout en veillant à ce que leur utilisation n'expose pas l'utilisateur à des difficultés financières. La couverture sanitaire universelle, qui est l'expression concrète de la préoccupation pour l'équité en matière de santé et le droit à la santé, contribue au développement durable et au recul de la pauvreté. Le passage à la couverture sanitaire universelle exige de réformer le système de santé dans son intégralité et de s'attaquer aux déterminants sociaux et environnementaux de la santé.

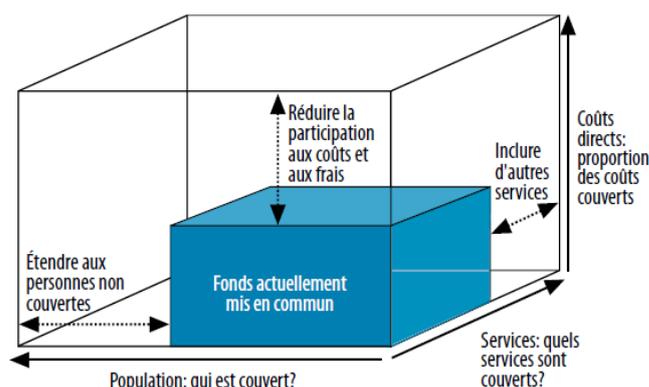


Figure 1. Les trois dimensions de la couverture sanitaire universelle

Source : *Rapport sur la santé dans le monde 2010* (5).

14. La couverture sanitaire universelle comprend trois dimensions, que l'on peut représenter par un cube (figure 1). Il s'agit des coûts directs (proportion des coûts couverts), des services (quels services sont couverts ?) et de la population (qui est couvert ?). Elles sont parfois désignées comme suit : les « coûts », la « profondeur » et la « largeur » de la couverture respectivement. Si les coûts directs reflètent le degré de protection fournie contre les risques financiers, la dimension « services » représente l'éventail des services couverts par les fonds mis en commun. La dimension « population » se rapporte aux catégories de population qui sont éligibles pour les systèmes de prépaiement et de mise en commun, à celles qui y ont droit, à celles qui sont effectivement couvertes et à celles qui ne le sont pas. Alors que certains groupes de population pourraient être éligibles pour être couverts par certains systèmes de prépaiement, en vertu des droits constitutionnels ou des dispositions légales en vigueur selon les mérites des caractéristiques socioéconomiques, il faut noter que l'éligibilité n'implique pas nécessairement le droit à une protection efficace contre les risques financiers, à une couverture pour les services ainsi qu'à une couverture effective pour les services nécessaires. Il est donc impératif de toujours identifier les groupes de population qui sont éligibles, ceux qui bénéficient d'un droit et ceux qui sont réellement couverts par les divers systèmes de prépaiement.

15. Dans le cadre plus général de la réforme des systèmes de santé, les expériences des pays ayant réussi à atteindre la couverture sanitaire universelle montrent l'importance de la réforme du système de financement de la santé pour ce qui est d'améliorer la protection contre les risques financiers et de promouvoir le financement équitable. Elles mettent par ailleurs en évidence l'intérêt qu'il y a à combler les lacunes majeures des autres composantes clés du système de santé, comme les personnels de santé, les systèmes d'information sanitaire ainsi que les technologies et médicaments essentiels. L'encadré 1 rappelle ce qu'est la couverture sanitaire universelle et ce qu'elle n'est pas.

Encadré 1 : Ce qu'est la couverture sanitaire universelle et ce qu'elle n'est pas

- La couverture sanitaire universelle requiert la couverture par des interventions clés qui s'attaquent aux causes de morbidité et de mortalité les plus importantes. Elle est essentielle à la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement qui demeurent inachevés et tient compte de la nécessité croissante de la lutte contre les maladies non transmissibles et les traumatismes.
- La couverture sanitaire universelle ne se limite pas au traitement ; elle comprend l'accès à des interventions essentielles en matière de prévention et de promotion de la santé, de traitement et de réadaptation. Dans le domaine de la prévention et de la promotion de la santé, elle inclut à la fois les services de santé à la personne et ceux qui s'adressent à toute la population.
- La couverture sanitaire universelle regroupe l'ensemble des composantes du système de santé, et pas seulement le financement des soins de santé.
- Il ne s'agit pas de fournir un panier limité de services ou d'assurer l'accès gratuit à toutes les éventuelles interventions sanitaires, mais de faire en sorte, progressivement, que le droit à la santé de chacun soit respecté.

Approche de l'OMS pour l'objectif de la couverture sanitaire universelle

16. L'engagement de l'OMS se traduit par une approche globale qui vise à soutenir les États Membres dans leurs progrès sur la voie de la réalisation de la couverture sanitaire universelle. Les éléments clés de cette approche sont les suivants :

- La couverture sanitaire universelle cadre parfaitement avec les valeurs et les principes des soins de santé primaires, qui préconisent notamment l'équité, la justice sociale, la solidarité, la participation et l'action intersectorielle, et reconnaissent le droit fondamental à la santé pour tous.
- La couverture sanitaire universelle est à la base du douzième programme général de travail 2014-2019, qui comprend les cinq catégories d'activités contribuant de façon collective à la réalisation de la couverture sanitaire universelle : 1) les maladies transmissibles ; 2) les maladies non transmissibles ; 3) la santé tout au long de la vie, incluant la santé maternelle et infantile-juvénile et le vieillissement en bonne santé ; 4) le développement des systèmes de santé ; 5) la préparation aux situations d'urgence.
- L'OMS souligne l'importance fondamentale du financement équitable et de la protection contre les risques financiers pour atteindre la couverture sanitaire universelle. Cependant, il faut accorder autant d'attention au renforcement des autres composantes du système de santé : la gouvernance et le leadership, les personnels, l'information, les médicaments et technologies ainsi que les infrastructures. L'interaction entre ces éléments est cruciale pour fournir des services de santé de qualité.
- L'OMS rappelle que la mise en place de partenariats est importante et qu'elle s'appuie véritablement sur ces partenariats une fois établis. Aucun partenaire ne peut atteindre seul cet objectif mondial ; par conséquent, il faut instaurer des partenariats à l'échelle mondiale et au niveau local.
- L'OMS élabore actuellement un cadre pour le suivi des progrès sur la voie de la couverture sanitaire universelle, en collaboration avec l'ensemble des partenaires, dont la Banque mondiale.

Suivre les progrès sur la voie de la couverture sanitaire universelle

Cadre et approches

17. Il est très improbable que l'on atteigne la couverture sanitaire universelle si les progrès ne font pas l'objet d'un suivi efficace. Alors que les pays affirment leur engagement et mettent en œuvre des politiques visant à réaliser la couverture sanitaire universelle, il est nécessaire d'élaborer des indicateurs pour suivre et évaluer les progrès effectués (17). L'OMS et la Banque mondiale collaborent actuellement afin de mettre au point un cadre approuvé au niveau mondial pour le suivi et l'évaluation des progrès des pays en matière de couverture sanitaire universelle.

18. Comme le suivi de la couverture sanitaire universelle va se poursuivre, l'approche proposée à l'attention des pays de la Région est une approche illustrative. La couverture sanitaire universelle peut être considérée à la fois comme un but global et comme un objectif instrumental¹.

¹ Objectifs politiques intermédiaires dans le cadre de la réalisation des objectifs globaux liés au système de santé.

- Si on la considère comme un but global, le suivi requiert d'évaluer les performances du système de santé, notamment la situation sanitaire et les changements ayant un impact. Pour cette évaluation complète, il faut employer toute une série d'instruments ainsi que diverses approches méthodologiques et renforcer les capacités nationales afin de mener une telle évaluation. Ensuite, cette activité peut être proposée aux pays tous les cinq ans.
- Si on considère la couverture sanitaire universelle comme un objectif instrumental, il faut mettre l'accent sur les trois dimensions de cette dernière. Il s'agit d'un exercice moins contraignant, qui peut avoir lieu chaque année et faire l'objet d'un rapport annuel. Il doit cependant correspondre à l'évaluation des performances du système de santé ou s'insérer dans ce cadre plus général.

19. Dans le présent document, le suivi de la couverture sanitaire universelle est considéré comme un objectif instrumental. L'ensemble d'indicateurs mesurables permettant de suivre l'évolution de la couverture universelle dans les différents pays, à l'échelle régionale et mondiale, n'a pas encore fait l'objet d'un accord. Le tableau 1 présente un ensemble d'indicateurs sélectionnés qui couvrent les trois dimensions de la couverture sanitaire universelle et peuvent être utilisés dans la Région de la Méditerranée orientale ou ailleurs, à court terme mais également lorsque les systèmes d'information sanitaire seront plus robustes et plus aptes à suivre les progrès effectués dans ce domaine. Il est intéressant de noter que certains des indicateurs suggérés sont de véritables indicateurs en matière de couverture, alors que d'autres sont des indicateurs indirects pour ce même élément.

Tableau 1. Indicateurs suggérés pour le suivi de la couverture sanitaire universelle

Dimension de la couverture sanitaire universelle	Indicateurs	Sources d'information
Coûts directs (protection contre les risques financiers) – « coûts »	Pourcentage de ménages pour lesquels les dépenses de santé sont catastrophiques	Enquêtes sur les dépenses de santé et l'utilisation des services
	Pourcentage de ménages qui se sont appauvris du fait des paiements directs pour la santé	Analyse des comptes nationaux de la santé
Services (couverture par les services de santé nécessaires) – « profondeur »	Part des paiements directs pour les dépenses de santé (en % des dépenses de santé totales)	
	Pourcentage de la population couverte par les interventions sanitaires essentielles :	Ministère de la Santé, systèmes d'information sanitaire
	Maladies transmissibles	Système d'information du programme de santé publique
	– couverture vaccinale antirougeoleuse	Enquêtes auprès des ménages basées sur la population
	– couverture par la stratégie DOTS ^a	
	– pourcentage de patients tuberculeux vivant avec le VIH et placés sous traitement antirétroviral ^b	
	Santé génésique	
	– couverture par les services prénatals	
	– accouchements en présence de personnels formés	
	– taux de prévalence contraceptive	
Maladies non transmissibles et santé mentale ^c		
Indicateurs de base		
– Pourcentage de consommateurs de tabac recevant des conseils de professionnels de la santé pour cesser de fumer		
– Pourcentage de personnes recevant un diagnostic d'hypertension prises en charge par un traitement		
– Pourcentage de diabétiques confirmés à qui l'on conseille de se soumettre à un examen oculaire périodique		
Indicateurs élargis/plus complexes		
– Pourcentage de femmes éligibles dépistées pour le cancer du sein, conformément aux orientations fournies par les politiques ou programmes nationaux ^d		
– Pourcentage de personnes éligibles (de 40 ans ou plus, présentant un risque cardio-vasculaire sur dix ans supérieur ou égal à 30 %, y compris celles souffrant d'une maladie cardio-vasculaire) qui ont reçu un traitement et des conseils (notamment sur le contrôle glycémique) pour prévenir les infarctus du myocarde et les accidents vasculaires cérébraux ^e		
– Pourcentage de personnes atteintes de troubles mentaux sévères (psychose, troubles affectifs bipolaires, dépression modérée à sévère) qui utilisent les services ^f	Registres : Ministère de la Santé Autres ministères fournissant des soins de santé	
Population (éligibilité, droit et couverture effective) – « largeur »	Pourcentage de la population qui est éligible, qui a droit et qui est effectivement couverte par les systèmes de prépaiement	Organismes de sécurité sociale
	Système financé par l'impôt (basé sur les recettes publiques générales)	Caisses d'assurance-maladie privées
	Organismes de sécurité sociale	Enquêtes sur les dépenses de santé et l'utilisation des services
	Caisses d'assurance-maladie privées Autres systèmes de prépaiement	OASIS (outil OMS pour l'analyse organisationnelle en vue de l'amélioration et du renforcement du financement de la santé)

^a Source : Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale. *DOTS quarterly online (DQonline)*, 2012.

^b Source : *Rapport 2012 sur la lutte contre la tuberculose dans le monde*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2012.

^c Les indicateurs proposés sous « maladies non transmissibles et santé mentale » sont le meilleur moyen d'estimer la couverture par les services en la matière. D'autres indicateurs sont à l'étude.

^d Modifié sur la base du *Plan d'action mondial pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2020*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2013.

^e Source : *Plan d'action mondial pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2020*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2013.

^f Source : *Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2020*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2013.

Mesurer la couverture en matière de protection contre les risques financiers

20. Les deux indicateurs recommandés et utilisés par l'OMS et la Banque mondiale pour évaluer le niveau de protection contre les risques financiers, dans le domaine de la santé, sont l'incidence des dépenses de santé catastrophiques et celle de l'appauvrissement du fait des paiements directs pour la santé. Le premier indicateur représente le nombre de personnes, tous niveaux de revenus confondus, qui connaissent des difficultés financières (dépenses supérieures à 40 % du revenu disponible) en raison de dépenses de santé relativement importantes sur une période donnée. Le second indicateur montre que des dépenses relativement faibles peuvent avoir de graves conséquences financières, en particulier pour ceux qui sont déjà proches du seuil de pauvreté. On peut estimer l'incidence des dépenses de santé catastrophiques et celle de l'appauvrissement à partir d'enquêtes auprès des ménages, qui permettent également d'évaluer les inégalités entre les groupes de population.

21. En l'absence de ces deux indicateurs, on peut utiliser la part des paiements directs (en pourcentage des dépenses de santé totales) comme indicateur indirect. Ces paiements directs, qui sont à la charge des personnes et des ménages, sont effectués sur place, là où les services de santé ont été fournis, et ne sont pas remboursés par une tierce partie. Une part élevée de paiements directs porte atteinte à l'objectif du système de santé visant la protection contre les risques financiers et constitue un obstacle majeur dans la transition vers la couverture sanitaire universelle. Les données semblent indiquer que, lorsque les paiements directs excèdent 20 % des dépenses de santé totales, les ménages sont davantage exposés au risque de situation financière catastrophique et d'appauvrissement, ce qui pousse les personnes à retarder le moment où elles demanderont et recevront les soins nécessaires (5).

Mesurer la couverture par les services de santé nécessaires

22. Cette dimension concerne la couverture par les services prioritaires, qui s'attaquent aux grandes causes de la charge de mauvaise santé dans la population. Il faut noter que cette couverture comprend les services aux personnes et les interventions au niveau de la population. Pour évaluer cette couverture, il existe des indicateurs approuvés à l'échelle internationale, comme ceux utilisés pour le suivi des objectifs du Millénaire pour le développement ayant trait à la santé et ceux du cadre mondial de suivi figurent dans le plan d'action mondial pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2020. Il faut également mesurer les écarts entre ces indicateurs, qui constituent l'un des problèmes fondamentaux sur la voie de la couverture sanitaire universelle. Les pays auront besoin d'un appui technique pour accroître leur capacité à recueillir des données ventilées par caractéristiques sociodémographiques, comme le revenu, la région, le lieu et les autres catégories de population, afin de pouvoir surveiller l'équité en matière de santé.

Mesurer la couverture de la population par les systèmes de prépaiement – éligibilité, droit et couverture effective

23. Il sera crucial d'améliorer la couverture de la population (le pourcentage de la population qui est éligible, qui a droit et qui bénéficie effectivement d'un panier essentiel dans le cadre des différents systèmes de prépaiement) pour que les pays suivent les progrès accomplis sur la voie de la couverture sanitaire universelle. Ce ne sera pas simple, pour plusieurs raisons : le panier de services proposés variera selon les systèmes de prépaiement ; un même ménage ou un même individu pourra être couvert par plus d'un système de prépaiement ; ces informations risquent de ne pas être disponibles par le biais des systèmes d'information sanitaire systématiques ou des enquêtes auprès des ménages basées sur la population. En théorie, toute la population peut être couverte par les dispositifs financés par l'impôt. En pratique, ce pourrait toutefois ne pas être le cas. Dans ces conditions, il sera difficile de déterminer qui est couvert et qui ne l'est pas.

24. Malgré ces écueils, pour suivre efficacement les progrès en matière de couverture sanitaire universelle, il faudra obtenir et vérifier les informations des registres du ministère de la Santé et d'autres ministères qui financent et fournissent les soins de santé, des organismes de sécurité sociale, des caisses d'assurance-maladie privées, ainsi que des enquêtes sur les dépenses de santé et l'utilisation des services, afin d'identifier les groupes de population couverts, notamment ceux qui sont vulnérables. Les pays ayant atteint la couverture sanitaire universelle ont prouvé que tous les groupes de population non seulement étaient éligibles et avaient droit à la couverture, mais aussi qu'ils étaient effectivement couverts.

Situation des pays de la Région en matière de progrès vers la couverture sanitaire universelle

25. Cette partie donne un aperçu de la situation actuelle des pays en ce qui concerne le passage à la couverture sanitaire universelle. Les pays de la Région ont été répartis en trois groupes en fonction des résultats de la population en matière de santé, des performances du système de santé et du niveau des dépenses de santé.² L'analyse repose sur les trois dimensions de la couverture sanitaire universelle (Figure 1) pour l'évaluation des progrès. Elle présente les meilleures données disponibles pour évaluer la situation et reconnaît les lacunes qui existent en matière d'information.

Coûts directs : proportion des coûts couverts (protection contre les risques financiers)

26. On estime que la Région a dépensé près de 125 milliards de dollars US pour la santé en 2011. Ce chiffre représente 1,8 % des dépenses de santé totales dans le monde, pour près de 8,7 % de la population mondiale. Près de 40 % des dépenses de santé sont des paiements directs (9).

27. Même si la part des paiements directs (en pourcentage des dépenses de santé totales) est restée stable au cours des dix dernières années au niveau régional, on constate des tendances différentes dans les trois groupes de pays (Figure 2). Les pays du groupe 1 ont continué à réduire la part des paiements directs par rapport aux dépenses de santé totales, qui est passée de 21 % à 17 %. Cette part n'a pas beaucoup évolué dans les pays du groupe 2, où elle est restée proche de 50 %, mais, dans ceux du groupe 3, elle a sensiblement augmenté, passant de 59 % à 69 % (9). On a observé d'importants écarts entre les pays et en leur sein même, notamment ceux qui appartiennent aux groupes 2 et 3.

28. Les quelques études sur l'équité menées dans certains pays du groupe 2 ont montré qu'une proportion élevée des ménages se trouvaient dans une situation financière catastrophique et étaient poussés dans la pauvreté à cause de la part élevée des paiements directs. Selon les études menées en Tunisie³ et au Maroc⁴, 2 % à 4,5 % de la population connaît ce type de situation et risque de se retrouver dans la pauvreté pour cette raison. Dans le territoire palestinien occupé (10) et en Jordanie⁵, ce pourcentage est respectivement de 0,82 % et de 0,60 %. Certains groupes vulnérables, notamment les pauvres, sont encore plus exposés (11). D'après une étude multipays, le pourcentage des ménages ayant des dépenses de santé catastrophiques était de 0,32 % à Djibouti, de 2,8 % en Égypte, de 5,17 % au Liban, de 0,17 % au Maroc et de 1,66 % au Yémen (12).

² Le groupe 1 est constitué des pays dont le développement socioéconomique a considérablement progressé au cours des dernières décennies, soutenu par un revenu élevé (Arabie saoudite, Bahreïn, Émirats arabes unis, Koweït, Oman, Qatar). Le groupe 2 comprend principalement des pays à revenu intermédiaire ayant mis en place des infrastructures étendues pour les services de santé publique, mais qui ont des difficultés en matière de ressources (Égypte, République islamique d'Iran, Iraq, Jordanie, Liban, Libye, Maroc, Territoire palestinien occupé, République arabe syrienne et Tunisie). Le groupe 3 englobe les pays qui connaissent des difficultés majeures pour améliorer les résultats de la population en matière de santé du fait du manque de ressources pour la santé, de l'instabilité politique et d'autres problèmes de développement complexes (Afghanistan, Djibouti, Pakistan, Somalie, Soudan, Soudan du Sud et Yémen). (8)

³ Arfa C., Souiden M.A., Achouri N., données non publiées, 2008.

⁴ Ezzrari A., El Allami El Fellousse L.A., données non publiées, 2007.

⁵ Abu Saif J., données non publiées, 2010.

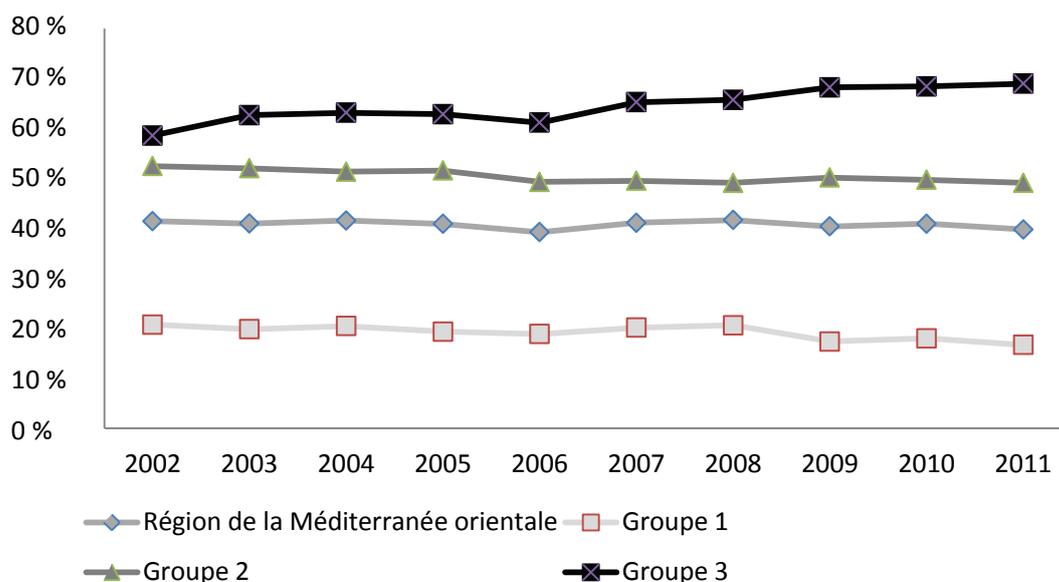


Figure 2. Part des paiements directs dans les dépenses de santé totales, 2002-2011

29. En extrapolant les résultats des études de pays, on estime que jusqu'à 16,5 millions de personnes par an connaissent une situation financière catastrophique et jusqu'à 7,5 millions de personnes sont poussées dans la pauvreté du fait des paiements directs dans la Région. À l'échelle mondiale, ces chiffres atteignent respectivement près de 150 et 100 millions de personnes (5). Malgré certaines limites dues à la qualité des données utilisées dans ces études, ces résultats sont trop importants pour être négligés.

Services : quels services sont couverts ? (couverture par les services)

30. La couverture par les services de santé nécessaires se concentre sur les deux aspects de la prestation de services : premièrement, l'existence d'infrastructures et de personnels de santé qui sont essentiels pour fournir les services nécessaires ; deuxièmement, la couverture par les services de soins de santé primaires essentiels et le panier de services associé.

a) Existence d'infrastructures et de personnels de santé

31. Les infrastructures de santé peuvent être mesurées de deux façons, par la densité d'établissements de soins de santé primaires pour 10 000 habitants et par le nombre de lits d'hôpitaux pour 10 000 habitants. D'après les rapports des pays, la densité des établissements de soins de santé primaires est comprise entre 0,2 et 2,6 pour les pays du groupe 1, 0,6 et 2,9 pour ceux du groupe 2 et 0,5 et 1,7 au sein du groupe 3 (13). La densité des lits d'hôpitaux se situe entre 11 et 21 pour les pays du groupe 1, 5,2 et 37,0 pour ceux du groupe 2 et 4,4 et 14,2 au sein du groupe 3 (Tableau 2). Ces données reflètent principalement la situation dans le secteur public, à l'exception du Liban, et montrent d'importants écarts à l'intérieur de chaque groupe.

Tableau 2. Infrastructures et personnels de santé dans les pays de la Région de la Méditerranée orientale

Pays	Centres de soins de santé primaires pour 10 000 habitants	Lits d'hôpitaux pour 10 000 habitants	Médecins pour 10 000 habitants	Infirmiers et sages-femmes pour 10 000 habitants
Groupe 1	0,2 – 2,6	11 – 21,0	14,7 – 34,9	22,6 – 61,9
Groupe 2	0,6 – 2,9	5,2 – 37,0	3,1 – 25,5	9,0 – 43,7
Groupe 3	0,5 – 1,7	4,4 – 14,2	0,3 – 8,0	0,8 – 6,5

Source : *Indicateurs démographiques, sociaux et sanitaires pour les pays de la Méditerranée orientale*, 2012. Le Caire, Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale, 2012 (13).

32. Dans certains pays du groupe 1, même si la faible densité des centres de soins de santé primaires montre qu'on investit plus dans les hôpitaux et qu'on s'appuie davantage sur ces derniers, l'éventail complet des services de soins de santé qui y sont fournis, le fort taux de population desservie, les horaires de service étendus et la bonne qualité des services font qu'ils sont accessibles à la majorité de la population. Dans le groupe 2, le Liban et la Libye sont des pays qui ont considérablement investi dans les soins hospitaliers et disposent à présent d'un lit d'hôpital pour 300 personnes. De manière générale, dans les trois groupes de pays, on s'est attaché à développer les hôpitaux plutôt que les établissements de soins de santé primaires.

33. Dans les pays du groupe 3, l'accès aux services de soins de santé primaires est problématique en raison du manque ou des destructions d'infrastructures, de l'inaccessibilité géographique et de l'insécurité. Dans les pays du groupe 2, on estime que plus de 80 % de la population n'a pas un accès géographique aux services de soins de santé primaires. Toutefois, les difficultés majeures sont la qualité et l'accessibilité financière. Dans les pays du groupe 1, bien que l'accès à ces services soit proche de 100 %, il reste possible d'améliorer la prestation des services pour les maladies non transmissibles et la santé mentale. Les programmes de soins de santé primaires n'accordent pas assez d'attention à la qualité, aux besoins spécifiques de la population vieillissante et à la prise en compte de l'évolution de la charge de morbidité, ce qui pose problème dans les trois groupes de pays.

34. Deux indicateurs sont utilisés en ce qui concerne les personnels de santé : le nombre de médecins pour 10 000 habitants et le nombre d'infirmiers et de sages-femmes pour 10 000 habitants. La densité des médecins est comprise entre 14,7 à 34,9 pour les pays du groupe 1, entre 3,1 et 25,5 pour ceux du groupe 2 et entre 0,3 et 8,0 au sein du groupe 3. La densité des infirmiers et sages-femmes se situe entre 22,6 et 61,9 dans les pays du groupe 1, entre 9,0 et 32,5 dans ceux du groupe 2 et entre 0,8 et 6,5 dans les pays du groupe 3 (tableau 2).

35. On considère que la plupart des pays du groupe 3 sont en situation de crise au niveau des ressources humaines pour la santé. La densité moyenne des personnels de santé, qui est d'environ 1 pour 1 000 habitants, est très inférieure à l'indice de référence de 2,3 pour 1 000 habitants, suggéré dans le Rapport sur la santé dans le monde 2006 (14). Dans les pays du groupe 2, la densité moyenne des personnels de santé est d'environ 5,2 pour 1 000 habitants. Le problème le plus important est l'incapacité du système à coordonner et à optimiser la production, le déploiement et la productivité des personnels. Dans les pays du groupe 1, on compte en moyenne 7 personnels de santé pour 1 000 habitants, ce qui est jugé satisfaisant, notamment par rapport à la moyenne mondiale dans les pays à revenu intermédiaire. Cependant, ces pays continuent à s'appuyer majoritairement sur les personnels étrangers qui, dans le cas des infirmiers, peuvent représenter jusqu'à 90 % des effectifs dans certains pays (8).

b) Couverture par les soins de santé primaires essentiels et le panier de services

36. La couverture par les services de santé essentiels varie selon les pays, mais il existe d'importantes lacunes qu'il faut combler dans l'ensemble des pays, indépendamment du niveau de développement socioéconomique, en ce qui concerne à la fois les interventions sanitaires auprès de la population et les services de santé aux personnes au niveau des soins de santé primaires. Sept interventions programmatiques ont été passées en revue. Elles concernaient : la vaccination antirougeoleuse ; la couverture par la stratégie DOTS ; les soins aux patients tuberculeux ; les soins prénatals ; la présence de personnels lors de l'accouchement ; la disponibilité des moyens de contraception ; la prévention et les soins liés aux maladies non transmissibles et à la santé mentale.

37. Dans les pays du groupe 1, la couverture est complète pour les services ayant trait aux maladies transmissibles, à la santé maternelle et aux soins de l'enfant. Au sein du groupe 2, la couverture vaccinale est proche de 90 % dans la plupart des pays, mais la couverture par les autres services est inégale. Dans le groupe 3, on constate de grands écarts entre les pays en ce qui concerne tous les services et, pour certains d'entre eux, la couverture atteint un niveau déplorable (tableau 3). Les trois groupes de pays souffrent de lacunes importantes, quoique variables, pour ce qui est de l'intégration aux soins de santé primaires des services liés aux maladies non transmissibles, à la santé mentale et aux traumatismes, notamment en matière de prévention (15). C'est ce que montrent clairement les taux de couverture indiqués par les pays. Pour les maladies non transmissibles, seulement 18 % des pays font état d'une pleine disponibilité des médicaments essentiels et d'une fourniture complète des services de prévention, de dépistage et de prise en charge au niveau des soins de santé primaires, tandis que 55 % à 59 % des pays indiquent que ces mesures ne sont pas mises en œuvre (données non publiées, 2013). Ce n'est que récemment que la disponibilité des services de réadaptation et de soins palliatifs, ainsi que la couverture à cet égard, ont fait l'objet d'une attention sérieuse.

Tableau 3. Couverture par les services de soins de santé primaires essentiels

Groupes de pays	Maladies transmissibles			Problèmes de santé maternelle/génésique		
	Couverte vaccinale antirougeoleuse	Couverture par la stratégie DOTS ^a	Couverture par le TAR >15 ans ^b	Couverture par les services prénatals	Accouchements en présence de personnels formés	Taux de prévalence contraceptive
Groupe 1	98-100 %	100 %	Non disponible	98-100 %	98-100 %	24-37 %
Groupe 2	91-99 %	100 %	13-56 % (données de 4 pays)	66-100 %	74-100 %	38-60 %
Groupe 3	64-88 %	47-100 %	9-35 % (données de 9 pays)	17-79 %	19-87 %	4-38 %

Source : *Indicateurs démographiques, sociaux et sanitaires pour les pays de la Méditerranée orientale, 2012. Le Caire, Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale, 2012.*

^a Source : Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale. *DOTS quarterly online* (DQonline), 2012.

^b Source : *Rapport mondial : rapport de l'ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de SIDA, Genève, ONUSIDA, 2013*

Tableau 4. Couverture par le panier de services de santé

Pays	Accès ^a	Services essentiels du panier	Fournis par	Financés par ^b
Pays du groupe 1	98 % – 100 %	Services de santé complets ^c fournis aux citoyens des pays du Conseil de coopération du Golfe, incluant la couverture pour divers groupes de population et tout un éventail de services, dont les services de santé systématiques et d'urgence, les services d'urgence, les services de santé au travail et les soins de santé dentaire. Les services en matière de maladies non transmissibles et de santé mentale sont fournis, mais ne sont pas systématiquement intégrés et les lacunes sont connues.	Ministère de la Santé ; Conseil suprême de la Santé (Qatar) ; autorités sanitaires ; ministères de la Défense, du Pétrole ; forces armées ; garde nationale ; dispensateurs privés.	Recettes publiques générales du gouvernement central ; organisme général de sécurité sociale ; régimes d'assurance-maladie privés gérés par l'employeur ; ménages.
Pays du groupe 2	83 % – 100 %	La plupart des pays disposent d'un panier essentiel de services de santé, explicite ^d ou implicite ^e . Il comprend les soins primaires préventifs et curatifs, les soins hospitaliers, les médicaments, les services de laboratoire/diagnostic, les soins dentaires, les soins chroniques et l'orientation-recours vers les soins tertiaires, avec certaines différences selon les pays. Dans plusieurs pays, il existe un panier de services qui n'est mis en œuvre que partiellement et d'importants segments de la population préfèrent recourir aux dispensateurs privés en s'acquittant des paiements directs.	Ministère de la Santé ; ministère de l'Éducation supérieure <i>via</i> les hôpitaux universitaires ; autres ministères comme les Affaires sociales, la Défense, le Travail ; forces armées ; municipalités ; organismes parapublics ; organisations à but non lucratif ; secteur privé à but lucratif ; UNRWA (couvrant 5 millions de réfugiés palestiniens).	Recettes publiques transférées aux ministères par le ministère des Finances ; organismes de sécurité sociale obligatoire ; caisses d'assurance maladie privées ; ménages ; organisations caritatives ; ressources externes ; autres sources.
Pays du groupe 3	44 % – 97 %	Santé maternelle, néonatale et infantile-juvénile ; nutrition ; planification familiale ; vaccination ; surveillance et maîtrise des maladies transmissibles (tuberculose, VIH/sida, paludisme, infections respiratoires aiguës, maladies diarrhéiques) ; santé mentale ; soins ophtalmologiques primaires ; éducation à la santé ; promotion de la salubrité de l'environnement ; premiers secours et transfusion sanguine, avec certaines différences entre les pays. Les soins pour les maladies non transmissibles ne sont pas explicitement inclus au panier de services.	Ministères de la Santé et de l'Intérieur <i>via</i> les établissements de soins de santé primaires ; forces armées ; organisations non gouvernementales sous contrat dans des programmes verticaux ; programmes d'agents de santé communautaire ; fourniture directe par les praticiens privés, les organisations non gouvernementales et les dispensateurs de soins de santé traditionnels.	Recettes publiques transférées du ministère des Finances aux ministères ou départements provinciaux de la Santé ; organismes parapublics et employeurs privés ; donateurs externes et organisations non gouvernementales internationales ; ménages.

^a Accès aux services de santé locaux (en milieu rural et urbain) en pourcentage (%).

^b Source : OMS. Base de données sur les dépenses de santé mondiales. www.who.int/nha/expenditure_database/en/

^c Ensemble complet de services.

^d Le panier de services de santé est clairement défini et partiellement ou entièrement mis en œuvre.

^e Le panier de services de santé n'est pas clairement défini et la mise en œuvre varie d'un établissement de soins de santé primaires à l'autre.

38. Dans les pays du groupe 1, la population a accès à un ensemble complet de services de santé, mais la qualité des soins pourrait être améliorée. Bien que les services de soins de santé soient principalement fournis par le secteur public, le secteur privé se développe et propose des services de pointe. De plus en plus, les populations expatriées utilisent des services pris en charge par les caisses d'assurance-maladie privées, qui font l'objet d'étude pilote ou sont étendus afin d'élargir la couverture et de réduire les disparités d'accès (Tableau 4).

39. Plusieurs pays du groupe 2, dont l'Égypte, la République islamique d'Iran, la Jordanie, le Liban et le Maroc, ont mis au point un panier essentiel de services de soins de santé primaires, mis en œuvre dans une mesure variable. Dans d'autres pays, comme en Libye et en Tunisie, même si un tel panier n'a pas été défini explicitement, la population a l'accès aux services de base et spécialisés. Parmi les pays du groupe 3, l'Afghanistan, le Pakistan, la Somalie et le Soudan ont élaboré un ensemble de services de santé de base, qui n'ont été que partiellement mis en œuvre, sauf en Afghanistan. Le tableau 4 précise le contenu des paniers de services de santé de base dans chaque groupe de pays.

Population : qui est couvert ? (éligibilité, droit et couverture effective par les systèmes de prépaiement)

40. La couverture sanitaire universelle, par définition, implique de veiller à ce que toute la population soit couverte par ces deux dimensions que sont la protection contre les risques financiers et les services. La troisième dimension de la couverture sanitaire universelle, qui doit être améliorée pour promouvoir la protection de la sécurité sociale, concerne donc la population.

41. Les groupes de population couverts peuvent être les suivants : les employés du secteur public ou privé formel (les autres membres de la famille pouvant être inclus ou non) ; ceux qui travaillent dans le secteur informel en milieu rural ou urbain ; les catégories vulnérables, comme les pauvres ; les groupes de population déplacés ; les enfants ou les personnes âgées ; les individus souffrant de certains problèmes de santé. Les critères de classification sont multiples et ne s'excluent pas nécessairement l'un l'autre, ce qui entraîne dans certains cas une fragmentation et des doublons inévitables, susceptibles d'amoinrir l'efficacité et l'équité.

42. Dans les pays du groupe 1, tous les citoyens sont couverts pour les soins nécessaires. Dans ces pays, le degré et le type de couverture fournie aux non-ressortissants sont variables. Les caisses d'assurance-maladie privées couvrent déjà les étrangers en Arabie saoudite et aux Émirats arabes unis. À Oman, cette partie de la population est couverte par le système de santé national. Malgré un haut niveau d'éligibilité, la couverture dans les pays du groupe 2 est marquée par une fragmentation et des doublons. D'un groupe de pays à l'autre, la population éligible est couverte à un degré extrêmement variable – 100 % au Liban et en Libye ; il en va de même dans le territoire palestinien occupé et en Tunisie, malgré des doublons ; et 66,5 % au Maroc. En l'absence d'organismes de sécurité sociale bien établis et en raison du sous-financement des services de santé du secteur public, la couverture est principalement limitée aux fonctionnaires et aux militaires, et d'importants segments de la population ne sont pas couverts par les systèmes de prépaiement dans les pays du groupe 2. Dans ceux du groupe 3, on distingue l'éligibilité du fait d'avoir droit à un service. Si les dispositifs gouvernementaux doivent en principe couvrir l'ensemble des ressortissants, ils ne s'adressent la plupart du temps qu'aux employés du secteur public. Il n'existe pas non plus d'organisme national de sécurité sociale, même si certaines catégories professionnelles bénéficient d'une couverture. Enfin, des caisses d'assurance-maladie privées et à base communautaire existent dans certains pays, mais seule une très faible partie de la population en bénéficie. Le tableau 5 présente les principaux dispositifs de couverture dans les trois groupes de pays.

Tableau 5. Récapitulatif des populations couvertes par les systèmes de prépaiement

Pays	Recettes publiques	Organismes de sécurité sociale	Caisses d'assurance maladie privées	Autres systèmes de prépaiement	Population couverte
Groupe 1	Tous les citoyens sont couverts.	En projet, pas encore mis en œuvre.	Non-ressortissants résidents, mais la mise en œuvre est variable.	–	100 % des citoyens
Groupe 2	En principe, tous les citoyens sont éligibles ; en pratique, ce sont principalement les fonctionnaires qui y ont droit et sont effectivement couverts.	Ils couvrent les employés du secteur formel et des organismes parapublics ainsi que les groupes de population vulnérables.	Employés du secteur privé formel (couverture variable, de limitée à importante).	–	De 40 % à 90 % de la population – la couverture manque de profondeur.
Groupe 3	En principe, tous les citoyens sont éligibles ; en pratique, ce sont principalement les fonctionnaires qui y ont droit et sont effectivement couverts.	Aucun programme national pour l'instant ; mise en œuvre en cours dans certaines zones géographiques ou secteurs professionnels.	Employés du secteur privé formel (couverture limitée).	Organismes de sécurité sociale à base communautaire et limités.	Près de 26 %

Couverture en matière de coûts directs, de services et de population : les trois dimensions de la couverture sanitaire universelle

43. La couverture en matière de protection contre les risques financiers, la couverture par les services et la couverture de la population sont étroitement liées. Il est impossible de progresser sur la voie de la couverture sanitaire universelle de manière satisfaisante sans des améliorations manifestes dans ces trois dimensions. De tels progrès seront extrêmement difficiles à réaliser dans les pays du groupe 3 et dans un grand nombre de pays du groupe 2, car la majorité d'entre eux n'ont pas de mécanismes de protection contre les risques financiers ; la plupart n'ont pas accès à des soins essentiels de qualité acceptable ; et, malgré le critère d'éligibilité, de nombreux groupes de population vulnérables ne sont toujours pas couverts. Par conséquent, dans ces pays, de larges segments de la population ont tendance à éviter le recours aux services ou bien s'exposent à un risque accru de difficultés financières et d'appauvrissement. Dans beaucoup de pays du groupe 2, le pourcentage de la population couverte peut sembler élevé, atteignant près de 90 % dans certains pays, mais la palette des services proposés n'est pas suffisamment étendue pour couvrir les services essentiels, ce qui force les patients à payer directement pour les services nécessaires et à s'exposer au risque accru de catastrophe financière et d'appauvrissement. Dans les pays du groupe 1, les citoyens sont bien couverts en ce qui concerne les trois dimensions de la couverture sanitaire universelle, mais on ne peut pas en dire autant pour une partie des populations expatriées qui résident dans ces pays.

Défis à relever pour progresser vers la couverture sanitaire universelle

44. Pour tendre vers la couverture sanitaire universelle, la Région doit relever un grand nombre de défis, mais elle peut en même temps tirer parti d'opportunités émergentes. Ceux-ci sont généralement de nature transversale et concernent la plupart des pays, indépendamment du niveau de développement socioéconomique et sanitaire. Cette partie a pour but de présenter brièvement les défis et les opportunités que les pays doivent appréhender pour accélérer les progrès sur la voie de la couverture sanitaire universelle⁶.

45. Dans la plupart des pays, le principal défi est la nécessité d'une volonté et d'un engagement politiques de haut niveau pour progresser vers la couverture sanitaire universelle avec des services de santé de qualité. Une fois cet engagement obtenu, les responsables de l'élaboration des politiques doivent mettre au point une vision complète, une stratégie fondée sur des données factuelles et une feuille de route claire.

46. Plusieurs pays des groupes 2 et 3 ont une marge d'action budgétaire limitée, ce qui compromet la capacité du gouvernement à financer le secteur de la santé de manière satisfaisante. À cela s'ajoute le faible degré de priorité accordée à la santé dans les budgets nationaux. Dans un certain nombre de pays, il n'est pas rare que seulement 3 % ou 4 % du budget national soit alloué à la santé. À cet égard, les membres de l'Organisation de l'Unité africaine (OUA) se sont engagés à allouer au moins 15 % du budget national pour la santé, dans le cadre de la Déclaration d'Abuja en 2000 (16). En outre, en 2010, un document du Comité régional a suggéré des mécanismes pratiques visant à mobiliser des ressources pour la santé et a proposé des cibles pour l'attribution des ressources publiques à la santé, notamment une allocation de 8 % du budget au ministère de la Santé (17).

47. La part élevée des paiements directs dans plusieurs pays des groupes 2 et 3 expose les ménages au risque de situation financière catastrophique et d'appauvrissement, et constitue un obstacle aux systèmes de santé équitables et à la progression vers la couverture sanitaire universelle.

48. Le gaspillage des ressources est une source majeure d'inefficacité du fait de déséquilibres dans la production des personnels, d'une mauvaise combinaison des compétences, de problèmes d'approvisionnement, de l'utilisation de technologies inappropriées et de dépenses disproportionnées pour les hôpitaux au détriment des soins primaires. On manque d'informations sur le niveau d'abus et de fraude dans la Région, mais on estime que, à l'échelle mondiale, 20 % à 40 % des ressources sont gaspillées du fait de l'inefficacité des systèmes dans leur ensemble (5).

49. La fourniture des services de santé nécessaires est insuffisante, ce qui est un défi pour les secteurs de la santé public et privé. La situation est la suivante :

- Infrastructures : beaucoup de pays du groupe 3 font face au manque d'accessibilité géographique aux services de santé. De plus, les établissements de soins de santé ne sont pas opérationnels à cause d'un manque de ressources pour la santé, de médicaments et de matériels essentiels, de suivi et de supervision.
- Personnels de santé : le manque de personnels formés et la mauvaise répartition des effectifs, en particulier dans les pays qui connaissent une crise en matière de ressources humaines, ralentissent le passage à la couverture sanitaire universelle.

⁶ Pour une discussion plus détaillée, voir : *Renforcement des systèmes de santé dans les pays de la Région de la Méditerranée orientale : défis, priorités et options pour les actions futures* (8).

- Qualité des services : la faible qualité et la mauvaise image des services du secteur public sont les principales raisons de la sous-utilisation des services de soins de santé primaires, notamment dans les pays des groupes 2 et 3.
- Panier de services : l'indisponibilité d'un panier de services de base clairement défini, de médicaments et produits essentiels et de lignes directrices nécessaires pour le traitement a une incidence sur la qualité des soins.
- Le secteur privé de la santé est en concurrence avec le secteur public pour la prestation des services de soins de santé primaires dans plusieurs pays⁷ des groupes 2 et 3 ainsi que dans un nombre croissant de pays du groupe 1. La part des services ambulatoires du secteur privé utilisés par la population va de 33 % à 86 % dans certains pays. L'éventail des services fournis est variable, la réglementation est insuffisante et l'on manque d'informations sur la charge financière supportée par les utilisateurs de ces services.

50. Des segments importants parmi certains groupes de population ne sont pas couverts par les systèmes de prépaiement. Un des défis majeurs à relever pour progresser sur la voie de la couverture sanitaire universelle est d'étendre la couverture à ceux qui travaillent dans le secteur informel, dans les pays des groupes 2 et 3, où vit une part importante des populations pauvres, rurales et déplacées. Garantir une couverture juste et équitable pour les non-ressortissants est un véritable défi dans les pays du groupe 1. Un autre défi consiste à améliorer la profondeur de la couverture en élargissant le panier de services pour ceux qui bénéficient des divers systèmes de prépaiement. Dans certains pays, les membres d'un même foyer sont couverts par plus d'un organisme de sécurité sociale, ce qui entraîne des inefficacités au niveau du système.

51. Les systèmes d'information sanitaire ne sont pas préparés à suivre l'évolution de la couverture sanitaire universelle. Or, on ne peut progresser vers cet objectif sans un suivi efficace. À l'échelle mondiale, le défi est de s'accorder sur un cadre unifié pour le suivi de la couverture sanitaire universelle. Dans la Région, la capacité des pays à recueillir des informations sur les trois dimensions de la couverture sanitaire universelle est variable et des efforts particuliers seront nécessaires pour mettre en place des mécanismes de recueil de données qui vont au-delà des systèmes de notification systématique. Il faudra faire particulièrement attention à deux aspects liés : surveiller dans quelle mesure les personnes éligibles sont effectivement couvertes, notamment dans le secteur informel, et suivre l'équité de la prestation et du financement des services en recueillant des données ventilées par revenu, par lieu et par sexe.

Saisir l'occasion d'accélérer les progrès sur la voie de la couverture sanitaire universelle

52. On assiste à un mouvement mondial de soutien à la couverture sanitaire universelle. Le Rapport sur la santé dans le monde 2010, consacré au financement des systèmes de santé, a incité un grand nombre de pays à demander un appui technique et des conseils afin de progresser vers la couverture sanitaire universelle (18). L'analyse des difficultés et de la feuille de route proposée pour y parvenir a trouvé un écho dans de nombreux pays, riches et pauvres.

⁷ Le secteur informel représente tout un éventail d'activités professionnelles qui recouvre deux groupes de nature différente : 1) les stratégies ou activités de survie, comme les emplois occasionnels, temporaires ou non rémunérés, l'agriculture de subsistance, le cumul d'emplois ; 2) les stratégies clandestines pour gagner de l'argent, ou activités illégales, qui regroupent deux autres catégories : a) les activités non officielles, comme l'évasion fiscale, le non-respect de la réglementation du travail et d'autres réglementations gouvernementales ou institutionnelles, le non-enregistrement d'une entreprise ; b) les activités souterraines : le crime, la corruption, les activités non enregistrées auprès des bureaux de statistiques. Source : Banque mondiale. Concept du secteur informel. Disponible à l'adresse suivante : <http://lnweb90.worldbank.org/eca/eca.nsf/1f3aa35cab9dea4f85256a77004e4ef4/2e4ede543787a0c085256a940073f4e4> consulté le 10 août 2013.

53. L'engagement de l'OMS et de la Banque mondiale pour ce qui est du soutien des pays dans leur parcours vers la couverture sanitaire universelle a été souligné par l'Assemblée mondiale de la Santé en 2012 et en 2013 (19, 20). De même, en décembre 2012, l'Assemblée générale des Nations Unies a appelé les États Membres à ne pas négliger la contribution de la couverture sanitaire universelle à la réalisation de tous les objectifs du Millénaire pour le développement qui y sont liés, avec comme résultat final de sauver des vies en bonne santé et de participer au développement durable. La couverture sanitaire universelle est de plus en plus considérée comme faisant partie intégrante du programme de développement durable pour l'après-2015 et comme essentielle à la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement (21).

54. L'engagement des responsables de l'élaboration des politiques au niveau national dans les pays à revenu faible et intermédiaire s'est accru. Ces dix dernières années, plusieurs pays à revenu intermédiaire, comme le Mexique, la Thaïlande et la Turquie, ont effectué de remarquables progrès en vue d'atteindre la couverture sanitaire universelle, et beaucoup d'autres pays, tels que l'Inde, l'Indonésie et le Maroc, se sont engagés à en faire autant sur les dix prochaines années. L'accélération des progrès dans ce domaine prend de l'ampleur dans les pays à revenu faible et intermédiaire, ce qui représente une opportunité à ne pas manquer.

55. Il existe des stratégies et des outils sophistiqués pour promouvoir la couverture sanitaire universelle. La Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires a jeté des fondations morales et philosophiques solides, soulignant l'importance d'une action sanitaire qui soit ancrée dans la communauté, qui réponde à ses besoins et qui corresponde à ses aspirations économiques, sociales et culturelles. Nous avons à notre disposition toute une série d'outils et de mesures du système de santé, dans des domaines comme le financement de la santé, et il s'agit là d'une bien meilleure occasion d'atteindre la couverture sanitaire universelle que les possibilités que nous avons à l'époque de la Déclaration d'Alma-Ata.

Stratégie et feuille de route pour accélérer les progrès vers la couverture sanitaire universelle

56. Les principes d'équité et de justice sont au cœur de l'approche adoptée et des stratégies proposées pour la couverture sanitaire universelle. La stratégie et la feuille de route associée mettent en avant les mesures que doivent prendre les pays et le soutien que doivent apporter l'OMS et les partenaires du développement pour aider les pays à progresser sur la voie de la couverture sanitaire universelle. L'objectif est d'épauler les pays pour qu'ils élaborent, à partir de ces stratégies, une feuille de route nationale pour la couverture sanitaire universelle qui cadre avec leurs priorités et leur niveau de progrès actuel.

a) Élaborer une vision et une stratégie pour accélérer les progrès vers la couverture sanitaire universelle

57. La vision, la stratégie et les actions associées doivent garantir : la fourniture de services de santé essentiels de qualité acceptable ; le recours aux systèmes de prépaiement ; et l'élargissement progressif de la couverture aux différents groupes de population, en incluant les secteurs informels des zones pauvres et rurales.

Ce que doivent faire les États Membres

- Examiner la situation actuelle en ce qui concerne la couverture par les divers systèmes de prépaiement (à savoir la couverture en matière de protection contre les risques financiers, de services de santé nécessaires et de population) et identifier les possibilités de systèmes de prépaiement spécifiques aux pays pour une mise en œuvre à l'échelle nationale ;
- Instaurer/renforcer les mécanismes de protection de la sécurité sociale en mettant en place des systèmes de prépaiement spécifiques aux pays qui couvrent progressivement toute la population en matière de protection contre les risques financiers et de services nécessaires, notamment les populations pauvres et celles qui travaillent dans le secteur informel ;
- Étendre/renforcer la prestation de services en s'appuyant sur les principes de la médecine familiale, par exemple en créant un panier de services essentiels tout en veillant à la qualité des soins ;
- Envisager de passer de systèmes de paiement passifs à des stratégies innovantes en la matière afin d'améliorer l'efficacité et l'équité. L'approche stratégique en matière de paiements accordera toute l'attention voulue au fait de séparer la prestation des services du financement du système de santé ;
- Suivre l'évolution des progrès pour ce qui est de connaître les groupes de population couverts par les divers systèmes de prépaiement, le degré de protection contre les risques financiers et la couverture par les services.

Comment l'OMS et les partenaires peuvent les soutenir

- Soutenir les études de faisabilité et les études actuarielles pour la mise en place de systèmes de prépaiement adaptés au contexte national, qui soient efficaces, équitables et pérennes ;
- Faciliter le dialogue politique national avec les ministères des Finances, de l'Économie et de la Planification ainsi que de la Santé afin d'élaborer des stratégies fondées sur des bases factuelles, en considérant les différentes possibilités qui existent en matière de financement de la santé pour la couverture sanitaire universelle ;
- Fournir des conseils pour surmonter les obstacles dans la structure institutionnelle et la pratique organisationnelle actuelles en matière de financement de la santé, lesquels sapent les performances efficaces et équitables des systèmes de prépaiement nationaux ;
- Soutenir les pays dans leurs efforts pour mettre en place des programmes de médecine familiale efficaces comme principal moyen de fournir des services de soins de santé primaires ;
- Préparer des résumés politiques et des publications fondées sur des bases factuelles sur les sujets connexes, comme les achats stratégiques, les paniers de services, la sécurité sociale et les autres systèmes de prépaiement, et les diffuser auprès des responsables de l'élaboration des politiques.

b) Constituer un groupe spécial multisectoriel national pour guider le projet de couverture sanitaire universelle

58. Un comité multisectoriel national, représenté par les différentes parties prenantes, est essentiel pour guider l'élaboration d'une vision, d'une stratégie et d'une feuille de route sur cinq à dix ans visant à accélérer les progrès sur la voie de la couverture sanitaire universelle.

Ce que doivent faire les États Membres

- Mettre en place un groupe spécial multisectoriel de haut niveau ou un comité de pilotage constitué par les parties prenantes, qui se charge d'élaborer la vision, la stratégie et la feuille de route pour progresser vers la couverture sanitaire universelle ;
- Veiller à ce que le groupe spécial multisectoriel de haut niveau soit, de préférence, dirigé par le ministère de la Santé et qu'il comprenne des représentants des ministères des Finances, de la Planification et du Travail, des organismes de sécurité sociale, des caisses d'assurance maladie privées, des associations de dispensateurs privés et d'autres groupes d'intérêt ;
- Adapter le mandat standard du groupe spécial et organiser des réunions régulières pour parvenir à un consensus sur la vision, la stratégie et la feuille de route ;
- Mettre au point une stratégie à moyen terme et une feuille de route qui corresponde au plan sanitaire national pour réaliser la couverture sanitaire universelle.

Comment l'OMS et les partenaires peuvent les soutenir

- Fournir des données sur le rôle des comités multisectoriels pour ce qui est de promouvoir la couverture sanitaire universelle ;
- Élaborer le mandat standard d'un tel comité et le diffuser auprès des pays en vue d'une adaptation nationale ;
- Apporter un soutien pour la préparation d'une analyse de la situation en ce qui concerne la couverture sanitaire universelle dans l'ensemble des États Membres et identifier les forces, les faiblesses, les opportunités, les défis et les priorités afin d'aller de l'avant ;
- Fournir un appui technique pour élaborer la vision, la stratégie et la feuille de route sous la forme d'un plan général ;
- Soutenir les réunions nationales à différents niveaux afin d'établir un consensus entre les parties prenantes pendant le processus initial ;
- Aider les pays à mettre en œuvre les recommandations du document de la cinquante-neuvième session du Comité régional, qui porte sur les expériences mondiales pour ce qui est du rôle des comités multisectoriels dans la gestion du projet de couverture sanitaire universelle.

c) Plaider pour un engagement et mettre à jour la législation en faveur de la couverture sanitaire universelle

59. Il faut obtenir un engagement soutenu et de haut niveau de la part du gouvernement en faveur de la couverture sanitaire universelle par le biais du plaidoyer et de la législation.

Ce que doivent faire les États Membres

- Traduire l'engagement gouvernemental pour la couverture sanitaire universelle dans le cadre de la politique sanitaire nationale, de la stratégie sectorielle ou de la planification stratégique, ou en tenir compte autant que possible dans la constitution nationale ;
- Passer en revue la législation actuelle et la modifier afin d'instaurer les mécanismes nécessaires, comme la sécurité sociale et les autres systèmes de prépaiement qui contribuent à étendre la couverture sanitaire universelle.

Comment l'OMS et les partenaires peuvent les soutenir

- Présenter et diffuser à grande échelle la stratégie et l'approche mondiales pour la couverture sanitaire universelle lors des forums de haut niveau à l'échelle régionale et nationale, comme les comités régionaux et les séminaires-ateliers sur les politiques nationales ;
- Fournir un appui technique pour l'élaboration d'une législation en faveur de la couverture sanitaire universelle, qui défende l'adoption des valeurs de justice et d'équité ainsi que leur mise en œuvre par des réglementations et des mécanismes institutionnels appropriés.

d) Renforcer l'unité chargée de la coordination de la couverture sanitaire universelle au sein du ministère de la Santé

60. Il faut une unité focale au sein du ministère de la Santé pour analyser la situation et faire des propositions fondées sur des bases factuelles au groupe spécial national, ou au comité de pilotage, qui devra ensuite décider. Cette responsabilité peut être confiée au service responsable de la politique en matière de santé ou de la planification sanitaire ou bien au service chargé de l'économie de la santé.

Ce que doivent faire les États Membres

- Renforcer le service chargé de la politique en matière de santé, de la planification sanitaire ou de l'économie de la santé, au sein du ministère de la Santé, et le charger du secrétariat et des travaux requis au niveau technique pour le groupe spécial national, ou le comité de pilotage, en ce qui concerne la couverture sanitaire universelle ;
- Doter ce service de ressources techniques et financières suffisantes pour assurer la fonction de secrétariat et mener (en interne ou en externe) des études analytiques, préparer un projet de stratégie et de plan, et suivre les progrès sur la voie de la couverture sanitaire universelle.

Comment l'OMS et les partenaires peuvent les soutenir

- Évaluer les capacités du service technique au sein du ministère de la Santé et soutenir les efforts pour le renforcement des capacités ;
- Organiser des séminaires-ateliers spécialisés et faire participer aux programmes de formation et aux visites d'études les pays dont l'expérience en matière de couverture sanitaire universelle est concluante ;
- Soutenir les activités au niveau national qui visent à renforcer les capacités des professionnels de la santé, des fonctionnaires, des représentants de la société civile et des centres universitaires pour ce qui concerne le plaidoyer et les instruments techniques qui ont pour but de faire progresser la couverture sanitaire universelle ;
- Apporter le soutien technique afin d'estimer le coût des plans généraux nationaux et d'analyser les ressources et les lacunes en vue d'une évaluation réaliste des éléments indispensables pour atteindre la couverture sanitaire universelle.

e) Produire des bases factuelles à l'échelon local et partager les données d'expérience internationales sur la couverture sanitaire universelle

61. Des bases factuelles seront nécessaires pour étayer la vision et la stratégie nationales en matière de couverture sanitaire universelle, et les données d'expérience mondiales sur les meilleures pratiques pour progresser dans ce domaine devront être partagées.

Ce que doivent faire les États Membres

- Mettre de côté ou mobiliser des ressources pour mener différentes études, comme l'analyse des comptes nationaux de la santé, les enquêtes sur le revenu des ménages, leurs dépenses de santé et l'utilisation des services, l'analyse organisationnelle en vue de l'amélioration et du renforcement du financement (OASIS), les études de prévision des effectifs et les examens des performances du système de santé.

Comment l'OMS et les partenaires peuvent les soutenir

- Fournir un appui technique et renforcer les capacités pour les travaux d'analyse et la recherche sur les politiques sanitaires et les systèmes de santé afin d'étayer les stratégies et les plans pour la couverture sanitaire universelle ;
- Organiser des conférences régionales et nationales, et soutenir les visites d'études dans le but de partager les bases factuelles ainsi que les enseignements tirés par les pays qui ont progressé sur la voie de la couverture sanitaire universelle.

f) Suivre les progrès vers la couverture sanitaire universelle

62. Un cadre et des instruments appropriés seront nécessaires pour suivre les progrès du passage à la couverture sanitaire universelle et prendre des mesures correctives.

Ce que doivent faire les États Membres

- Préparer, à partir du cadre mondial/régional, un cadre national qui couvre les trois dimensions de la couverture sanitaire universelle : les coûts directs, les services et la population ;
- Confier aux services de l'information sanitaire au sein du ministère de la Santé les responsabilités suivantes : suivre les progrès sur la voie de la couverture sanitaire universelle en s'appuyant sur le cadre mondial approuvé ; définir les indicateurs, les sources d'informations et les institutions ; et travailler en étroite collaboration avec l'unité focale pour coordonner les activités liées à la couverture sanitaire universelle ;
- Préparer des rapports annuel/biennuels qui livrent une évaluation objective des progrès accomplis ainsi que des contraintes rencontrées et proposer des stratégies pour l'action future.

Comment l'OMS et les partenaires peuvent les soutenir

- Élaborer un cadre permettant de suivre l'évolution de la couverture sanitaire universelle à l'échelle nationale et, dans certains cas, infranationale, et notamment de surveiller l'équité en matière de santé ;
- Proposer un ensemble minimal d'indicateurs basés sur le cadre convenu, qui soient réalisables et pertinents pour le suivi des progrès vers la couverture sanitaire universelle ;
- Mettre au point ou adapter les outils et instruments visant à recueillir des informations à partir des systèmes d'information sanitaire, ou par d'autres moyens, et renforcer les capacités nationales pour ce qui est de l'utilisation de ces outils ;
- Fournir un modèle de rapport sur les progrès en matière de couverture sanitaire universelle.

g) Mettre sur pied un groupe spécial régional de partenaires du développement avec les États Membres

63. Un groupe spécial/réseau régional pour la couverture sanitaire universelle, présidé par l'OMS avec la participation des partenaires du développement, soutiendra l'élaboration d'une approche unifiée pour épauler les pays dans les efforts qu'ils déploient pour atteindre la couverture sanitaire universelle.

Ce que doivent faire les États Membres

- Participer activement aux réunions et aux activités du groupe spécial régional sur la couverture sanitaire universelle ;
- Partager leurs données d'expérience et faire preuve de solidarité en fournissant un appui technique et financier pour la couverture sanitaire universelle dans la Région.

Comment l'OMS et les partenaires peuvent les soutenir

- Définir le mandat du groupe spécial et organiser des réunions afin de convenir de stratégies et d'approches pour les pays, indépendamment de leur niveau de progrès en matière de couverture sanitaire universelle ;
- Mobiliser des ressources en vue de fournir un appui technique soutenu aux pays dans leurs efforts pour réaliser la couverture sanitaire universelle ;
- Soutenir les pays ayant des difficultés au niveau des ressources en insistant, auprès des organismes de financement, sur la nécessité de ressources supplémentaires pour faire des progrès visibles sur la voie de la couverture sanitaire universelle.

Conclusions

64. Le présent document rappelle ici les messages clés que les États Membres doivent prendre en compte pour accélérer les progrès vers la couverture sanitaire universelle.

- Une vision globale, une stratégie fondée sur des bases factuelles et une feuille de route claire sont essentielles aux progrès en matière de couverture sanitaire universelle. S'il dispose d'une vision, d'une stratégie et d'une feuille de route claires, chaque pays peut prendre des mesures pour progresser à cet égard, indépendamment du niveau de développement.
- Les pays qui adoptent une approche multisectorielle en associant les diverses parties prenantes auront plus de chance de faire des progrès accélérés sur la voie de la couverture sanitaire universelle.
- Pour améliorer la protection contre les risques financiers, il est capital de s'écarter des paiements directs pour mieux s'orienter vers les systèmes de prépaiement, avec une mise en commun des fonds sous la forme d'une sécurité sociale, ou dans le cadre des recettes publiques générales, ou les deux.
- La couverture en matière de protection contre les risques financiers, la couverture par les services et la couverture de la population sont étroitement liées. Il est impossible de progresser sur la voie de la couverture sanitaire universelle sans des améliorations manifestes dans ces trois dimensions.
- Dans tous les pays, il est possible d'étendre la couverture en élaborant des stratégies efficaces visant à réformer le système de santé dans son ensemble, en améliorant la production des personnels, l'accès aux médicaments essentiels et la prestation de services de santé de qualité ainsi qu'en garantissant la protection contre les risques financiers.
- Les progrès en matière de couverture sanitaire universelle ne peuvent être accomplis que s'ils sont suivis et mesurés, ce qui peut aider à identifier les obstacles et à prendre des mesures correctives au moment opportun.
- Tous les pays peuvent progresser rapidement vers la couverture sanitaire universelle par un engagement politique soutenu. L'OMS et l'ensemble des partenaires du développement sont tous pareillement déterminés à soutenir les pays pour qu'ils atteignent la couverture sanitaire universelle.

Références

1. *La santé dans le programme de l'après-2015 : rapport de la consultation thématique mondiale sur la santé, avril 2013*. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.worldwewant2015.org/health>, consulté le 12 septembre 2013.
2. *Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1948. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.who.int/governance/eb/constitution/en/>, consultée le 12 septembre 2013.
3. *Déclaration d'Alma-Ata. Conférence internationale sur les soins de santé primaires, Alma-Ata, URSS, 6-12 septembre 1978*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1978. Disponible à l'adresse suivante : http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf, consulté le 12 septembre 2013.
4. *Rapport sur la santé dans le monde 2008 – Les soins de santé primaires : maintenant plus que jamais*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2008. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.who.int/whr/2008/en/>
5. *Rapport sur la santé dans le monde 2010 – Le financement des systèmes de santé : le chemin vers la couverture universelle*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2010. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.who.int/whr/previous/en/>, consulté le 12 septembre 2013.
6. *Renforcement des systèmes de santé dans les pays de la Région de la Méditerranée orientale : défis, priorités et options pour les actions futures. Résolution du Comité régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale, cinquante-neuvième session (EM/RC59/R.3), 2012*. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.emro.who.int/about-who/rc59/>, consultée le 12 septembre 2013.
7. *Mesurer et suivre les progrès des pays sur la voie de la couverture sanitaire universelle : concepts, indicateurs et expériences. Résumé de réunion, juillet 2012*. Washington, Agence des États-Unis pour le développement international, 2012. Disponible à l'adresse suivante : http://www.healthsystems2020.org/userfiles/universal_health_coverage%20Meeting%20Notes_Summary_FINAL.PDF
8. *Renforcement des systèmes de santé dans les pays de la Région de la Méditerranée orientale : défis, priorités et options pour les actions futures*. Le Caire, Bureau régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour la Méditerranée orientale, 2012. Comité régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale, cinquante-neuvième session (EM/RC59/Tech. Disc. 1), 2012.
9. Global Health Expenditure Database. <http://apps.who.int/nha/database/DataExplorerRegime.aspx>. Consulté le 5 juin 2013.
10. Mataria A. *et al.* Catastrophic healthcare payments and impoverishment in the occupied Palestinian territory. *Applied Health Economics and Health Policy*, 2010, 8:393-405.
11. Sabri B., El-Idrissi Z., Mataria A. Health system financing: the bottleneck of the right to health In: Jabbour S. et al, eds. *Public health in the Arab world*. Cambridge, Cambridge University Press, 2012.
12. Xu K. *et al.* Household catastrophic health expenditure: a multi-country analysis. *The Lancet*, 2003, 362: 111–7.
13. Indicateurs démographiques, sociaux et sanitaires pour les pays de la Région de la Méditerranée orientale. Le Caire, Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale, 2012.
14. *Rapport sur la santé dans le monde 2006 - Travailler ensemble pour la santé*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2006. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.who.int/whr/2006/fr/index.html>, consulté le 12 septembre 2013.
15. *Rapport sur la situation mondiale des maladies non transmissibles 2010 : résumé d'orientation*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2011. http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/fr/index.html, consulté le 12 septembre 2012.

16. *Déclaration d'Abuja : dix ans plus tard*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2011. Disponible à l'adresse suivante : http://www.who.int/healthsystems/publications/abuja_report_aug_2011.pdf, consulté le 18 août 2013.
17. *Orientations stratégiques 2011-2015 en vue de l'amélioration du financement des soins de santé dans la Région de la Méditerranée orientale : vers une couverture universelle*. Le Caire, Bureau régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour la Méditerranée orientale, 2010. Document technique présenté au Comité régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale, cinquante-septième session (EM/RC57/Tech. Disc. 1). Disponible à l'adresse suivante : <http://www.emro.who.int/about-who/rc57/>, consulté le 12 septembre 2013.
18. *La couverture sanitaire universelle*. Rapport du Secrétariat pour la Soixante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé (document A66/24). Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2013.
19. Dr Margaret Chan, Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé. Allocution à la Soixante-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé, 2012. Disponible à l'adresse suivante : http://www.who.int/dg/speeches/2012/wha_20120521/fr/index.html, consulté le 12 septembre 2013.
20. Jim Yong Kim, Président du Groupe de la Banque mondiale. Allocution à l'Assemblée mondiale de la Santé : pauvreté, santé et avenir de l'homme. Assemblée mondiale de la Santé, Genève, 21 mai 2013. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.worldbank.org/en/news/speech/2013/05/21/world-bank-group-president-jim-yong-kim-speech-at-world-health-assembly>, consulté le 12 septembre 2013.
21. *Santé mondiale et politique étrangère*, Soixante-Septième Assemblée générale des Nations Unies. Point 123 de l'ordre du jour, 2012.