



Rapport de situation sur la couverture sanitaire universelle et l'élaboration d'un ensemble de services de santé essentiels

Introduction

1. La couverture sanitaire universelle est la priorité essentielle pour le renforcement des systèmes de santé dans les pays de la Région de la Méditerranée orientale, comme ceci a été souligné dans de nombreux engagements aux niveaux mondial et régional. Ces cinq dernières années, l'OMS et les États Membres ont travaillé intensivement pour évaluer l'avancée des pays concernant les trois dimensions de la couverture sanitaire universelle, et pour élaborer des cadres d'action, des stratégies et des feuilles de route régionaux et nationaux afin de combler les lacunes qui subsistent.

2. Un cadre d'action pour promouvoir la couverture sanitaire universelle dans la Région de la Méditerranée orientale¹ a été préparé et partagé avec les États Membres lors de la soixante et unième session du Comité régional en 2014. Le cadre identifie les actions que les États Membres doivent entreprendre en vue de développer une vision et une stratégie nationales pour atteindre la couverture sanitaire universelle, de renforcer la protection contre les risques financiers, d'étendre la couverture des soins de santé indispensables et de garantir l'élargissement et le suivi de la couverture de la population. Il précise également le soutien qui sera apporté par l'OMS et les autres partenaires de développement. Le cadre sert de base aux feuilles de route régionale et nationales en vue de progresser vers la couverture sanitaire universelle.

3. L'OMS accorde une attention particulière à l'identification des éléments devant être inclus dans un programme d'action sur la couverture sanitaire universelle. Un ensemble de critères ont été identifiés pour définir un panier prioritaire de services de soins de santé essentiels pouvant être adaptés à des pays de différents niveaux de développement socioéconomique. Définir un tel panier de services, établir et intégrer les plateformes de distribution nécessaires et financer des systèmes afin de garantir un accès équitable pour tous, constituent une manière de procéder efficace pour réaliser la couverture sanitaire universelle.

4. Le présent rapport récapitule les progrès accomplis dans la mise en œuvre des actions principales incluses dans le cadre d'action pour la couverture sanitaire universelle depuis la soixante et unième session du Comité régional et fournit une mise à jour des efforts déployés au niveau mondial pour établir un ensemble de services de santé essentiels et des conséquences sur les efforts régionaux et nationaux en vue de parvenir à la couverture sanitaire universelle.

Mise en œuvre du cadre relatif à la couverture sanitaire universelle

Situation actuelle

5. La Région continue d'investir peu dans la santé, représentant 1,6 % des dépenses mondiales de santé et comptant pour 8,7 % de la population mondiale en 2013. La part de paiements directs sur l'ensemble des dépenses de santé est élevée, atteignant 80 % dans certains pays du groupe 3², ce qui

¹ Disponible à l'adresse http://applications.emro.who.int/docs/Technical_Notes_FR_18972.pdf

² Les trois groupes de pays sont définis sur la base de l'état de santé de la population, de la performance du système de santé et du niveau des dépenses sanitaires. Les pays du groupe 1 sont ceux où le développement socioéconomique a considérablement progressé au cours des 40 dernières années, soutenu par des revenus élevés. Les pays du groupe 2 sont majoritairement des pays à revenu intermédiaire et ils ont développé d'importantes infrastructures de prestation de services de santé publique, mais doivent faire face à une insuffisance des ressources. Les pays du groupe 3 rencontrent des obstacles majeurs dans l'amélioration de l'état de santé de la population, causés par une pénurie de ressources de santé, une instabilité politique, des conflits et d'autres défis de développement complexes.

place un nombre considérable de personnes en situation de difficulté financière (16,5 millions d'individus selon les estimations) et d'appauvrissement (environ 7,5 millions d'individus) chaque année. En termes d'accès aux services, le nombre d'établissements de soins de santé primaires et de lits d'hôpitaux, en particulier dans les pays du groupe 3, reste limité : 0,5 établissement de soins de santé primaires et 4,4 lits d'hôpitaux pour 10 000 habitants dans certains pays. La prestation de services dans les pays du groupe 1 est centrée sur les hôpitaux et s'appuie principalement sur les personnels de santé expatriés. Les pays du groupe 2 connaissent une absence totale de réglementation du secteur privé de la santé et une mauvaise répartition des professionnels de santé qualifiés. Les pays du groupe 3 souffrent d'une grave pénurie de personnels de santé. La qualité et la sécurité restent des défis dans les trois groupes. En ce qui concerne la couverture de la population, alors que 100 % des habitants des pays du groupe 1 sont couverts par un ensemble généreux de services de santé, plusieurs pays du groupe 2 et du groupe 3 étudient les options pour étendre la couverture de leur population. D'importants segments de la population, y compris le segment informel, les expatriés, les réfugiés et les personnes déplacées à l'intérieur de leur pays, manquent toujours de couverture dans ces pays.

Actions des États Membres

6. Plusieurs États Membres ont formulé une vision relative à la couverture sanitaire universelle en s'appuyant sur la législation nécessaire ou sur les stratégies de santé nationales. L'Égypte est en train de finaliser une loi d'assurance maladie sociale complète qui couvre tous les groupes de population. Le Pakistan a lancé le système d'assurance maladie proposé par le Premier Ministre en tant qu'initiative fédérale et provinciale. La République islamique d'Iran a lancé un plan national de transformation du secteur de la santé pour garantir un accès équitable à l'ensemble de la population. La Jordanie, le Soudan et la Tunisie ont élaboré leurs stratégies de santé nationales ou leurs stratégies de financement de la santé sur les principes de la couverture sanitaire universelle.

7. En vue de renforcer la protection financière, huit pays (Égypte, République islamique d'Iran, Jordanie, Maroc, Pakistan, Palestine, Soudan et Tunisie) ont procédé à l'évaluation de leur système de financement de la santé, identifié les obstacles et travaillent actuellement à l'élaboration de stratégies de financement de la santé. Plusieurs pays, notamment l'Afghanistan, Bahreïn, l'Égypte, la République islamique d'Iran, l'Iraq, la Jordanie, la Libye, le Maroc, Oman, le Soudan et le Yémen, mettent en place, réforment ou étendent l'assurance maladie sociale. L'Afghanistan a examiné des options permettant de pérenniser le financement de la santé qui impliquent la communauté des donateurs. L'Arabie saoudite, Bahreïn et le Qatar réforment leurs systèmes de financement de la santé pour séparer le financement de la prestation de services par le biais de l'assurance maladie sociale. Dans cette dynamique, de nombreux pays, parmi lesquels l'Arabie saoudite, Bahreïn, l'Égypte, les Émirats arabes unis, la Jordanie, le Maroc, Oman, la Palestine, le Qatar, le Soudan et la Tunisie, mettent en œuvre le système des comptes de la santé 2011 pour générer des données concernant la couverture sanitaire universelle. Quelques pays (Djibouti, l'Égypte, le Maroc et la Tunisie) ont mesuré leur protection contre les risques financiers à l'aide d'enquêtes auprès des ménages.

8. Afin d'étendre la couverture des services de santé indispensables, l'Arabie saoudite, la République islamique d'Iran et la Jordanie ont évalué leur prestation de services à travers une approche centrée sur la médecine familiale et ont établi des plans de développement correspondants. Le Soudan a mis au point un premier projet de politique de santé familiale. Plusieurs pays, notamment la Jordanie et le Soudan, ont travaillé à la mise en place d'organismes nationaux pour la qualité et l'accréditation, et ont institutionnalisé l'initiative pour la sécurité des patients à l'hôpital. La Palestine et la République arabe syrienne ont procédé à l'évaluation de leurs hôpitaux publics. Plusieurs pays ont commencé ou continué à mettre en œuvre des initiatives telles que l'outil d'évaluation et d'intervention pour l'équité en santé en milieu urbain et le programme des Villes-santé. L'Afghanistan, la République islamique d'Iran, le Soudan et le Yémen ont élaboré des plans stratégiques pour les ressources humaines en santé.

9. Afin d'étendre et de suivre la couverture de la population, le Maroc a généralisé la couverture de son régime d'assistance pour inclure toutes les populations pauvres et vulnérables, et la République islamique d'Iran a élargi la couverture de sa population à 7 millions de personnes supplémentaires, amenant sa couverture de la population à presque 100 %.

Soutien de l'OMS

10. Plusieurs examens complets des systèmes de santé ont été menés en vue d'identifier les défis et les opportunités concernant les progrès sur la voie de la couverture sanitaire universelle et de faciliter le dialogue politique pour étayer des feuilles de route nationales en faveur du renforcement des systèmes de santé. Ces examens impliquaient les trois niveaux de l'Organisation, des experts internationaux et les organismes des Nations Unies concernés. Une mission de haut niveau a examiné la mise en œuvre du plan national de transformation iranien et son impact. Les défis que rencontre le système de santé libyen ont fait l'objet d'une évaluation et une feuille de route en vue de son renforcement a été définie. Une mission de haut niveau a évalué l'impact de la décentralisation sur le secteur de la santé au Pakistan et a fourni des orientations concernant le développement institutionnel au niveau provincial. Le système d'assurance maladie gouvernemental en Palestine a été examiné et sa capacité à soutenir le programme d'action national en matière de couverture sanitaire universelle a été évaluée. Le système de soins de santé primaires en Arabie saoudite a été examiné, en se concentrant sur sa gouvernance et son organisation, et les avancées dans la mise en œuvre des plans stratégiques du secteur de la santé somalien ont été évaluées.

11. Dans le secteur des médicaments essentiels et des technologies sanitaires, l'accent a été mis sur le renforcement des systèmes nationaux de réglementation pour les produits médicaux et sur l'institutionnalisation d'une évaluation des technologies sanitaires. Six pays, à savoir la République islamique d'Iran, l'Iraq, la Jordanie, le Liban, la République arabe syrienne et le Soudan, ont bénéficié d'une assistance pour évaluer leurs autorités nationales de réglementation et, par la suite, établir des plans de développement institutionnel. La Conférence des autorités de réglementation pharmaceutique de la Méditerranée orientale s'est tenue en Tunisie en mai 2016. Une attention a été accordée à l'harmonisation et au renforcement des fonctions de réglementation de la surveillance après mise sur le marché des médicaments, des vaccins et des dispositifs médicaux, et une réunion régionale sur la pharmacovigilance a été organisée au Maroc en 2015. L'Afghanistan, l'Iraq, le Maroc et le Pakistan ont reçu de l'aide pour élaborer des plans d'action nationaux dans le cadre de l'initiative de bonne gouvernance dans le secteur pharmaceutique, avec six pays de la Région appartenant à la phase 1, sept pays à la phase 2 et trois pays à la phase 3 de l'initiative. Un guide étape par étape dédié à la réglementation des dispositifs médicaux a été produit. L'engagement régional dans le cadre du mécanisme mis en place par les États Membres pour lutter contre les produits médicaux de qualité inférieure/faux/faussement étiquetés/falsifiés/contrefaits a été renforcé, sous la présidence de la République islamique d'Iran et la vice-présidence du Pakistan.

12. Dans le secteur du développement des personnels de santé, des cadres d'action sur la réforme de l'enseignement médical et sur le renforcement des soins infirmiers et obstétricaux ont été mis au point. Un cadre d'action stratégique régional pour le développement des personnels de santé (2016-2030) a été établi et sera présenté lors d'une réunion technique en 2016. Une coopération technique a été fournie pour examiner et finaliser le plan concernant les personnels de santé de la République islamique d'Iran. Les normes d'accréditation pour l'enseignement médical en Iraq ont été finalisées. Une cartographie et des évaluations des personnels infirmiers, des professionnels des laboratoires médicaux, des professionnels d'imagerie médicale et des professionnels des services de réadaptation ont également été réalisées.

13. Pour la prestation de services intégrés, une aide a été apportée afin de développer la médecine familiale comme stratégie pour les soins de santé intégrés centrés sur la personne dans la Région. Un cadre d'action pour l'amélioration de la qualité des soins de santé primaires a été mis au point et testé

dans 40 établissements de soins de santé primaires en République islamique d'Iran, en Jordanie, à Oman et en Tunisie. Plusieurs pays, dont le Koweït, le Maroc, Oman, le Qatar et le Soudan, ont reçu une aide pour examiner leurs politiques et leurs stratégies nationales pour la qualité et la sécurité, et la prévention et la lutte contre les infections associées aux soins de santé. Cinq pays ont été soutenus pour mettre au point, valider et appliquer des systèmes nationaux de notification des erreurs médicales. L'accréditation des soins de santé a été encouragée à l'occasion d'une réunion régionale qui s'est tenue en décembre 2015. Un certain nombre d'activités conjointes ont été organisées, parmi lesquelles la mise en œuvre d'une étude visant à évaluer l'ampleur et l'étendue des manifestations indésirables, en collaboration avec le *Central Board of Accreditation of Healthcare Institutions* [Office central d'accréditation des institutions de soins de santé] en Arabie saoudite, la mise en place d'un cours condensé pour améliorer les connaissances des médecins généralistes, en collaboration avec l'Université américaine de Beyrouth, et la création d'un cours sur 10 jours en gestion hospitalière à l'intention des directeurs des hôpitaux de 13 pays, en collaboration avec la Fédération internationale des Hôpitaux. La deuxième édition du manuel d'évaluation de la sécurité des patients a été publiée, ainsi qu'un guide et un programme d'études sur la sécurité des patients.

14. Dans les domaines de la gouvernance sanitaire et du financement de la santé, le deuxième cycle du Programme de leadership en santé a été proposé entre le 15 novembre 2015 et le 30 janvier 2016, en collaboration avec la *Harvard School of Public Health* et le ministère de la Santé d'Oman. Le programme a été revu sur la base des enseignements tirés du premier cycle et a vu la participation de 35 leaders du domaine de la santé de la Région, en vue de développer leurs capacités et leurs compétences pour s'attaquer aux questions de santé publique à l'échelle locale, régionale et mondiale. Une réunion régionale sur l'élargissement de la couverture sanitaire universelle au secteur informel et aux groupes les plus vulnérables a eu lieu en septembre 2015. Le travail sur les lois de santé publique et l'analyse en matière d'équité s'est poursuivi. En juin 2015, l'Égypte a reçu un appui pour renforcer ses capacités en matière de mise en œuvre d'un système d'assurance maladie sociale. Un soutien a également été apporté au Maroc et au Qatar pour évaluer leurs fonctions essentielles de santé publique.

15. Le travail sur la production de données concernant les pratiques efficaces s'est poursuivi, et des notes d'orientation ou des documents de consultation régionaux ont ainsi été mis au point sur la prestation de services par le biais de l'approche de la médecine familiale, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, les paiements stratégiques, le financement de la demande et un ensemble de services de santé essentiels.

Établissement d'un ensemble de services de santé en vue de la couverture sanitaire universelle

16. Il existe une collaboration de longue date entre le Bureau régional et le *Disease Control Priorities Network* [réseau des priorités de lutte contre les maladies] dans le cadre de la troisième édition du *Disease Control Priorities Project (DCP3)* [Projet des priorités de lutte contre les maladies, troisième édition]. Ce projet vise à produire des données mondiales et régionales sur l'efficacité, les coûts et le rapport coût-efficacité d'approches pour la prévention et la maîtrise des maladies concernées dans les pays à revenu faible et intermédiaire. Le terme « approches » est utilisé volontairement pour décrire une palette d'interventions, de programmes et de politiques allant des interventions médicales et chirurgicales définies avec précision à des programmes et des politiques relevant du domaine de la santé publique ou intersectoriels plus vastes. Dans la Région, la collaboration a contribué au renforcement des capacités régionales et nationales dans l'évaluation de l'économie de la santé et à la production de certaines données similaires pour les pays.

17. Suite à l'identification de plusieurs ensembles d'interventions, de programmes et de politiques « essentiels » liés aux groupes de maladies spécifiques passés en revue par la troisième version du projet sur les priorités de lutte contre les maladies, des efforts sont accomplis pour regrouper les conclusions dans un ensemble d'actions sanitaires prioritaires en vue de la couverture sanitaire universelle et dans un paquet fiscal et intersectoriel de mesures essentielles, afin de couvrir les interventions, les programmes et

les politiques dans le secteur de la santé et au-delà. Les ensembles de mesures proposés constitueront alors un point de référence pour la prise de décisions à l'échelle du pays.

18. Trois critères principaux sont utilisés pour définir les deux ensembles : a) des données très précieuses sur le plan financier, concernant le rapport coût-efficacité et l'accessibilité économique, b) des données relatives à la faisabilité quant à l'élargissement de la couverture à l'ensemble de la population d'ici 2030, et c) des données sur l'impact préférentiel pour les plus mal lotis en termes d'avancées sanitaires ou de protection contre les risques financiers (ou les deux à la fois).

Orientations futures

19. Une attention sera accordée au plaidoyer en faveur de l'inscription de la couverture sanitaire universelle dans le programme d'action des objectifs de développement durable, en mettant l'accent sur le renforcement des systèmes de santé nationaux et sur l'identification des moyens de mobilisation des ressources nationales pour remplir les engagements pris. La coopération entre les pays sera menée pour adapter le cadre d'action pour promouvoir la couverture sanitaire universelle dans la Région aux contextes locaux, en prenant en compte les circonstances propres aux situations de crise aiguë et chronique que connaissent la plupart des pays. Les efforts seront intensifiés pour renforcer les capacités régionales et nationales en médecine familiale, les systèmes de prépaiement, les autorités nationales de réglementation et les personnels de santé, ainsi que les capacités de notification des indicateurs de base. Un plus grand engagement sera sollicité par le biais de programmes prioritaires, par exemple sur les maladies non transmissibles, la santé mentale, la santé de la mère et de l'enfant, les maladies transmissibles et d'autres initiatives à l'ordre du jour sur la couverture sanitaire universelle. Des travaux d'analyse effectués dans le renforcement des systèmes de santé pour la couverture sanitaire universelle se poursuivront et la couverture sanitaire universelle continuera d'être suivie dans ses trois dimensions. Une attention sera apportée à l'intensification du renforcement des capacités de l'OMS dans l'ensemble de ces domaines.