

COMITÉ RÉGIONAL DE L'AFRIQUE

ORIGINAL : ANGLAIS

Soixante-douzième session
Lomé, République togolaise, 22-26 août 2022

Point 9 de l'ordre du jour provisoire

**PROTECTION CONTRE LES RISQUES FINANCIERS POUR L'INSTAURATION DE LA
COUVERTURE SANITAIRE UNIVERSELLE DANS LA RÉGION AFRICAINE DE
L'OMS**

Rapport du Secrétariat

SOMMAIRE

	Paragraphes
CONTEXTE.....	1-6
ENJEUX ET DÉFIS	7-14
MESURES PROPOSÉES	15-18

CONTEXTE

1. Les systèmes de santé fournissent des services susceptibles d'apporter des améliorations notables à la santé des personnes. Cependant, l'accès à ces services peut absorber plus de 10 % des revenus du ménage (ce que l'on entend par dépenses catastrophiques), une situation qui peut faire sombrer certains ménages dans la pauvreté (appauvrissement). Il arrive que des ménages renoncent aux services de santé dont ils ont besoin à cause de leur incapacité à payer ces services.

2. Les documents d'orientation nationaux et internationaux mentionnent clairement la nécessité de garantir l'accès de tous aux services de soins de santé essentiels tout en protégeant les populations contre les difficultés financières liées au paiement de ces services.^{1,2} En effet, la protection contre les risques financiers dans le cadre de la couverture sanitaire universelle est reconnue comme l'une des cibles définies pour le secteur de la santé dans les objectifs de développement durable (ODD) et dans le treizième programme général de travail 2019-2023 de l'OMS.³ Pour garantir la protection contre les risques financiers, des mesures doivent être prises dans tous les aspects du financement de la santé. Les cadres juridiques et politiques doivent comprendre des stratégies pour atténuer les obstacles financiers. Des ressources financières doivent être mobilisées, mises en commun et allouées de façon à réduire la charge du financement des services de santé pour les ménages.

3. Depuis 2015, l'Organisation mondiale de la Santé et les partenaires suivent les progrès accomplis par les pays vers la réduction du nombre de personnes confrontées à des difficultés financières. Au nombre des indicateurs utilisés à cet effet, on peut citer l'incidence des « dépenses de santé catastrophiques » et la proportion de la population « appauvrie » à cause des dépenses de santé directes.⁴

4. En décembre 2021, l'OMS a examiné les progrès réalisés vers l'atteinte de la couverture sanitaire universelle, en particulier la façon dont les politiques de financement de la santé peuvent contribuer à accroître la couverture des services de santé équitables et à améliorer la protection financière. Alors que l'indice de couverture des services s'améliore dans le monde entier, passant d'une moyenne de 45 en 2000 à 68 en 2019 (le score maximal étant de 100), on constate que l'incidence des dépenses de santé catastrophiques a aussi augmenté, faisant peser une lourde charge financière sur les personnes qui sollicitent des soins de santé.⁵ Il ressort donc de l'examen effectué que le monde n'est pas sur la bonne voie pour atteindre les objectifs relatifs à la couverture sanitaire universelle.⁶

¹ Résolution de l'Assemblée générale des Nations Unies, intitulée « Santé mondiale et politique étrangère » (A/RES/67/81).

² Résolution de l'Assemblée générale, intitulée « Santé mondiale et politique étrangère : emplois dans le secteur de la santé et croissance économique » (A/RES/71/159).

³ Cible 3.8 des objectifs de développement durable – Faire en sorte que chacun bénéficie d'une assurance santé, comprenant une protection contre les risques financiers et donnant accès à des services de santé essentiels de qualité et à des médicaments et vaccins essentiels sûrs, efficaces, de qualité et d'un coût abordable. Indicateur 3.8.2 – Proportion de la population consacrant une grande part de ses dépenses ou de ses revenus domestiques aux services de soins de santé.

⁴ Organisation mondiale de la Santé, Banque mondiale. 2014. La couverture universelle en santé : suivi des progrès à l'échelon national et mondial – Cadre, mesures et objectifs. Organisation mondiale de la Santé et Banque internationale pour la reconstruction et le développement/Banque mondiale.

⁵ Organisation mondiale de la Santé, Banque mondiale. 2021. Tracking universal health coverage: 2021 Global Monitoring Report. Organisation mondiale de la Santé et Banque internationale pour la reconstruction et le développement/Banque mondiale.

⁶ Organisation mondiale de la Santé, Banque mondiale. 2021. Rapport mondial de suivi sur la protection financière en santé 2021. Organisation mondiale de la Santé et Banque mondiale.

5. Dans la Région africaine de l’OMS, seuls six États Membres⁷ ont réussi à accroître la couverture des services en réduisant parallèlement les dépenses de santé catastrophiques. Dix États Membres⁸ ont un niveau très élevé de dépenses de santé catastrophiques alors que la couverture de leurs services reste très faible. Cette situation reflète l’existence d’obstacles persistants à l’accès aux services, tandis que les personnes qui ont accès à ces services supportent des paiements directs élevés. S’il est vrai que 27 États Membres⁹ de la Région africaine de l’OMS aient enregistré des niveaux relativement faibles de dépenses de santé catastrophiques, toujours est-il que leur couverture de services est faible.

6. Compte tenu de la charge financière élevée des dépenses de santé directes dans la Région africaine de l’OMS, l’objet du présent document technique est de mettre en évidence les principaux enjeux et défis d’une meilleure protection contre les risques financiers dans la Région. Le document énonce également des mesures que l’OMS et les États Membres peuvent prendre pour alléger la charge financière due aux dépenses de santé directes et, partant, faire progresser la mise en place de la couverture sanitaire universelle en Afrique.

ENJEUX ET DÉFIS

7. **Le manque de ressources pour le financement du secteur de la santé.** Le niveau de financement du secteur de la santé reste insuffisant par rapport aux besoins en ressources. Les dépenses de santé actuelles dans tous les États Membres s’élèvent en moyenne à 54 dollars É.-U. par habitant et les dépenses des administrations publiques en santé se chiffrent à 14,8 dollars É.-U. par habitant.¹⁰ Selon des estimations, il faudrait en réalité 127 dollars É.-U. par habitant pour fournir un ensemble de services de santé essentiels.¹¹ Les États Membres dont l’allocation des ressources publiques par habitant est faible enregistrent des paiements directs plus élevés.

8. **Des dépenses de santé directes élevées.** Il convient de noter que 28¹² des 47 États Membres de la Région africaine de l’OMS financent plus d’un quart de leurs dépenses de santé actuelles grâce aux paiements directs. Parmi eux, 12 États Membres¹³ financent plus de la moitié de leurs dépenses totales de santé par les paiements directs supportés par les usagers. Le règlement des soins de santé par des paiements directs est non seulement inefficace, mais constitue aussi un moyen inéquitable de payer les services de soins de santé.

⁷ Afrique du Sud, Algérie, Cabo Verde, Maurice, Namibie et Seychelles. <https://aho.afro.who.int/country-profiles/af>.

⁸ Angola, Bénin, Cameroun, Côte d’Ivoire, Eswatini, Mauritanie, Nigéria, Ouganda, Sierra Leone et Togo. Observatoire intégré de la santé de l’OMS dans la Région africaine (2021) (disponible à l’adresse <https://aho.afro.who.int/country-profiles/af>, consulté le 25 mai 2022).

⁹ Botswana, Burkina Faso, Burundi, Comores, Congo, Érythrée, Éthiopie, Gabon, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Guinée équatoriale, Kenya, Lesotho, Madagascar, Malawi, Mali, Mozambique, Niger, République centrafricaine, Rwanda, Sénégal, Soudan du Sud, Tchad, Zambie et Zimbabwe. Observatoire intégré de la santé de l’OMS dans la Région africaine (2021) (disponible à l’adresse <https://aho.afro.who.int/country-profiles/af>, consulté le 25 mai 2022).

¹⁰ WHO Global Health Financing database. Disponible à l’adresse <https://apps.who.int/nha/database>. Consulté en mars 2022.

¹¹ 2017b. Statistiques sanitaires mondiales 2017. Monitoring Health for the SDGs. Sustainable Development Goals. Geneva: World Health Organization. (Disponible à l’adresse http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2017/en/, consulté le 25 mai 2022).

¹² Algérie, Angola, Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Comores, Congo, Côte d’Ivoire, Érythrée, Éthiopie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Guinée équatoriale, Libéria, Madagascar, Mali, Maurice, Mauritanie, Niger, Nigéria, Ouganda, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Sénégal, Sierra Leone, Tchad et Togo. WHO Global Health Financing database, disponible à l’adresse <https://apps.who.int/nha/database>. Consulté en mars 2022.

¹³ Cameroun, Comores, Guinée, Guinée-Bissau, Guinée équatoriale, Libéria, Nigéria, République centrafricaine, Sénégal, Sierra Leone, Tchad et Togo. WHO Global Health Financing database, disponible à l’adresse <https://apps.who.int/nha/database>. Consulté en mars 2022.

9. La proportion de la population qui supporte **des dépenses de santé catastrophiques et un appauvrissement à cause de dépenses directes** reste élevée dans la Région africaine de l’OMS. En Afrique, en moyenne 13 % de la population supporte des dépenses de santé appauvrissantes, car ces personnes consacrent plus de 10 % du budget du ménage à la santé.¹⁴ Cette situation s’explique par la hausse des dépenses directes par personne,¹⁵ dont **les principaux facteurs sont les médicaments, l’âge et les soins ambulatoires**. Il est important de noter que si le taux d’appauvrissement baisse en Afrique et dans le monde, il diminue à un rythme moindre en Afrique comparativement au reste du monde. Cette situation est susceptible de compromettre les efforts consentis par les pays africains pour réduire la pauvreté, tels que prescrits dans l’objectif 1 de développement durable.

10. Les pays à faible revenu et les États fragiles sont fortement tributaires de **l’aide extérieure** pour leurs dépenses de santé. Selon le Rapport sur les dépenses mondiales de santé 2021, l’aide extérieure à la santé a considérablement augmenté depuis 2005.¹⁶ Si l’on observe les tendances, l’aide extérieure en pourcentage des dépenses de santé actuelles a été en moyenne légèrement supérieure à 30 % ces 10 dernières années – même si elle est supérieure à 50 % au Soudan du Sud et au Mozambique. L’aide extérieure a été importante pour pallier les graves pénuries de ressources et aider les pays à maintenir la couverture par les interventions prioritaires. Cela dit, la dépendance qui perdure à l’égard des ressources extérieures menace de remettre en cause la pérennité de ces interventions. Si la transition vers les ressources intérieures n’est pas bien planifiée et menée, la charge du financement incombera plus sur les ménages qui devront encourir des dépenses directes.

11. **L’équité dans l’accès reste problématique**. Il existe des écarts en matière d’accès aux soins de santé, la population des groupes à revenu élevé étant plus susceptible d’accéder aux soins que celle des catégories à faible revenu.¹⁷ Ce dernier groupe est donc exposé à un risque accru de difficultés financières, car la couverture de l’assurance-maladie reste très faible et concerne principalement les riches.¹⁸ La couverture de l’assurance est faible en Afrique subsaharienne où elle s’établit à seulement 8 % en moyenne. Seuls quatre pays d’Afrique subsaharienne sont parvenus jusqu’à présent à assurer plus de 20 % de leur population.¹⁹ Ces écarts en matière d’équité existent selon d’autres dimensions de la vulnérabilité, y compris mais pas seulement le lieu et le genre.²⁰

12. **Des options limitées de financement des soins de santé pour les personnes âgées**. Le nombre de personnes âgées s’accroît plus rapidement dans la Région africaine que partout ailleurs.²¹ Ce nombre

¹⁴ OMS, Banque mondiale. Rapport mondial de suivi sur la protection financière en santé 2021.

¹⁵ Organisation mondiale de la Santé, Banque mondiale. 2021. Tracking universal health coverage: 2021 Global Monitoring Report. Organisation mondiale de la Santé et Banque internationale pour la reconstruction et le développement/Banque mondiale.

¹⁶ En 2019, les cinq premiers bénéficiaires de l’aide extérieure à la santé étaient le Nigéria, l’Éthiopie, la République-Unie de Tanzanie, le Kenya et le Mozambique. Trois de ces pays sont des pays à revenu intermédiaire. En ce qui concerne l’aide extérieure à la santé par habitant, les cinq premiers pays à revenu faible ou intermédiaire étaient le Botswana, Eswatini, le Lesotho, la Zambie et le Zimbabwe.

¹⁷ Organisation mondiale de la Santé, Banque mondiale. 2021. Tracking Universal Health Coverage: 2021 Global Monitoring Report. Organisation mondiale de la Santé et Banque internationale pour la reconstruction et le développement/Banque mondiale.

¹⁸ Barasa E, Kazungu J, Nguhiu P, et al. Examining the level and inequality in health insurance coverage in 36 sub-Saharan African countries. *BMJ Global Health* 2021; 6:e004712.

¹⁹ Barasa E, Kazungu J, Nguhiu P, et al. Examining the level and inequality in health insurance coverage in 36 sub-Saharan African countries. *BMJ Global Health* 2021; 6:e004712.

²⁰ Kwesiga, B, Aliti, T, Nabukhonzo, P et al. What has been the progress in addressing financial risk in Uganda? Analysis of catastrophe and impoverishment due to health payments. *BMC Health Serv Res* 20, 741 (2020).

²¹ Organisation mondiale de la Santé, Banque mondiale. 2021. Rapport mondial de suivi sur la protection financière en santé 2021. Geneva: Organisation mondiale de la Santé et Banque internationale pour la reconstruction et le développement/Banque mondiale, 2021.

devrait tripler, passant de 54 millions en 2020 pour s'établir à 163 millions en 2050, ce qui aurait des répercussions importantes sur la santé, le développement social et l'environnement.²² Le vieillissement de la population est considéré comme un facteur qui prédispose à des difficultés financières, surtout au sein des groupes les plus démunis de la population. En outre, la prévalence des dépenses catastrophiques et de l'appauvrissement est signalée comme plus élevée chez les ménages dont un membre est atteint par une maladie non transmissible.²³ Dans la Région africaine, la proportion médiane de la population qui consacre plus de 10 % du budget du ménage à la santé (et supporte des dépenses de santé catastrophiques) est plus élevée chez les ménages de sujets âgés – dont au moins un membre est âgé de 60 ans et plus – (12,9 %) par rapport aux ménages plus jeunes (4,5 %).

13. Le manque de données et d'informations sur le suivi de la protection contre les risques financiers en Afrique. Les ensembles de données disponibles aux fins du suivi de la protection contre les risques financiers dans l'ensemble de la Région africaine de l'OMS dataient en moyenne de 2015, ceux de quelques pays remontant à 2010. Les données d'enquête disponibles les plus récentes datent de 2018.²⁴ Mener des enquêtes auprès de la population est coûteux, un investissement que de nombreux pays ne sont pas prêts à consentir. Dans tous ces pays, les analyses des indicateurs de protection contre les risques financiers ne sont pas systématiques, même lorsque des données sont disponibles.

14. Le déficit de savoir-faire technique dans la conception, la mise en œuvre et le suivi des réformes du financement de la santé dans l'ensemble des pays de la Région africaine de l'OMS. Si la capacité augmente progressivement dans la Région africaine, force est de constater que cette capacité n'est pas disponible dans tous les pays.

MESURES PROPOSÉES

15. Les mesures ci-après sont recommandées pour assurer la protection contre les risques financiers et la couverture sanitaire universelle dans la Région africaine de l'OMS.

16. Mesures à prendre par les États Membres

- a) **Accroître le financement public moyennant des réformes fiscales et donner la priorité à l'allocation à la santé, et étudier des mécanismes de financement novateurs (y compris la délimitation des taxes sur le tabac, l'alcool, le vin et la bière –aussi appelées les « taxes sur les vices » – à des fins de promotion de la santé) pour le secteur de la santé**, en mettant l'accent sur la garantie d'une couverture progressive par des services de santé de qualité et d'un prix abordable. Une allocation équitable et ciblée des ressources est essentielle pour réduire l'ampleur des paiements directs, est conforme à l'aspiration des pays africains à opérer une transition vers un financement durable, en vertu du Programme d'action d'Addis Abeba 2015. Un engagement politique plus solide englobant le soutien législatif des parlements est primordial pour atteindre cet objectif ;
- b) Renforcer les capacités des pays en matière d'analyse dans le but d'entreprendre une analyse économique solide afin d'éclairer les négociations budgétaires, les décisions d'allocation des ressources et de présenter aux ministres des finances un argumentaire en faveur de l'investissement dans la santé et la protection sociale. **Privilégier l'action sur les principaux facteurs des dépenses directes, en particulier chez les personnes pauvres et vulnérables.**

²² <https://www.afro.who.int/fr/node/15161>.

²³ Murphy, A, Palafox, B, Walli-Attaei, M, Powell-Jackson, T, Rangarajan, S, Alhabib, K.F et al, 2020. The household economic burden of non-communicable diseases in 18 countries. *BMJ global health*, 5(2), p.e002040.

²⁴ République-Unie de Tanzanie, Sierra Leone et Togo.

L'équité devrait être au cœur des réformes du financement de la santé. Parmi les mesures prioritaires, on peut citer la réduction **des lacunes dans la couverture des médicaments administrés à des patients en ambulatoire, des personnes âgées et du traitement des maladies non transmissibles**,²⁵ qui sont des facteurs essentiels, afin de réduire les dépenses de santé directes, lesquelles représentent toujours une cause majeure de difficultés financières pour les ménages ;

- c) **Favoriser et appliquer des cadres politiques, législatifs et réglementaires** pour permettre un flux de ressources approprié, prévisible et diligent vers le niveau de première ligne ou de prestation de services où l'on a le plus besoin de ces ressources. Cette démarche exige d'assurer l'alignement des réformes du financement de la santé et de la gestion des finances publiques au niveau des pays ;
- d) Le cas échéant, **limiter tout double emploi dans les réserves de ressources**²⁶ **afin d'accroître au maximum l'efficacité et de garantir une allocation équitable des dépenses de santé** de manière à fournir des services de santé d'un bon rapport coût-efficacité, essentiels, d'un coût abordable, diligents et de qualité ;
- e) Prendre des **mesures intersectorielles pour favoriser le renforcement de la protection sociale** dans les États Membres, la couverture d'assurance-maladie étant mise en œuvre dans le contexte élargi des cadres nationaux de protection sociale. Les régimes d'assurance maladie obligatoires sont préférables, car ils permettent de constituer des provisions suffisantes et de garantir le partage des risques. Cette action devrait être menée conjointement avec des interventions visant à agir sur les déterminants sociaux de la santé qui visent à remédier à la vulnérabilité, à promouvoir le vieillissement en bonne santé et à améliorer la qualité de vie des personnes âgées ;
- f) **Cibler encore plus des programmes de prestations pour répondre aux besoins sanitaires des personnes âgées et des ménages multigénérationnels.** Cette action sera essentielle pour réduire les difficultés financières, en particulier pour les segments les plus pauvres et les plus vulnérables des populations âgées ;
- g) Prendre des mesures pour **accroître les investissements afin d'assurer la disponibilité des données, et renforcer les capacités d'analyse pour le suivi de la protection contre les risques financiers.** Lorsque les données seront disponibles, il faudra générer les indicateurs dans le cadre du suivi systématique ; et
- h) Renforcer la **capacité institutionnelle des pouvoirs publics** à concevoir, à mettre en œuvre et à suivre les réformes du financement de la santé dans l'optique de la couverture sanitaire universelle, conformément aux stratégies nationales de développement durable.

17. **Mesures à prendre par le Secrétariat de l'OMS**

- a) Continuer à accompagner les États Membres dans l'**application des réformes du financement de la santé visant à réduire les difficultés financières** induites par les paiements directs des soins de santé ;
- b) Soutenir les pays dans le suivi des progrès de ces réformes en utilisant des analyses et des renseignements propres à chaque pays. Ces efforts viseront particulièrement à répondre aux besoins des segments les plus pauvres et les plus vulnérables des populations âgées, selon le principe de ne laisser personne de côté ; et

²⁵ Kankeu, HT, Saksena, P, Xu, K and Evans, DB, 2013. The financial burden from non-communicable diseases in low-and middle-income countries: a literature review. Health research policy and systems, 11(1), pp.1-12.

²⁶ Dans le cadre des systèmes d'assurance-maladie prépayés et pour les différentes catégories de financement du secteur de la santé.

- c) Collaborer avec les partenaires pour fournir un soutien aux États Membres, en utilisant **l'approche de la résultologie** pour intensifier l'appui au financement de la santé en faveur des pays. Cette approche porte essentiellement sur une meilleure planification de la mise en œuvre, le renforcement des capacités et le partage des meilleures pratiques et des enseignements tirés pour une résolution efficace des problèmes, et guide l'action en mettant l'accent sur le suivi des résultats pour en démontrer l'impact.

18. Le Comité régional est invité à prendre note du présent document technique et à adopter les mesures proposées.