

La santé dans le programme de développement post-2015

Résumé

Partant d'une analyse des principaux enseignements tirés des Objectifs du Millénaire pour le Développement en santé, cette note propose un socle de principes, d'objectifs et d'indicateurs qui, selon les ONG membres de la Commission Santé de Coordination SUD, doivent nécessairement figurer dans le futur cadre post-2015 en santé.

Dans cette optique, les ONG de la Commission Santé de Coordination SUD demandent que la communauté internationale construise le futur cadre du développement post-2015 en santé sur la base de l'agenda inachevé des OMD 4, 5 et 6 de manière à tendre vers la Couverture Sanitaire Universelle, qui devra permettre à tout individu de pouvoir accéder aux services de santé dont il a besoin sans devoir faire face à des difficultés financières.

D'une part, au vu des inégalités croissantes entre pays et à l'intérieur des pays, rien ne peut justifier une régression de la couverture des prestations de services en place. D'autre part, du fait que les OMD n'ont pas reposé sur une approche opérationnelle des droits humains, le prochain cadre de développement international devrait intégrer des indicateurs ventilés par genre, âge, richesse, répartition géographique et autres facteurs d'exposition à des risques de santé.

Dans une dynamique progressive, chaque pays s'engagerait sur une série d'indicateurs précis et dès lors qu'une étape serait franchie, le pays passerait à la phase suivante.

1) Quels sont les enseignements tirés des OMD en matière de santé ?

1. Un engagement politique en faveur de la santé sans précédent de la part des donateurs et des gouvernements, mais encore d'importantes insuffisances au niveau de la stratégie financière, des engagements contraignants et de la redevabilité:

- Pour les 3 OMD santé, les chiffres de l'ONU¹ montrent une insuffisance de financement : 26 milliards US\$ par an en 2011 ; 42 milliards US\$ dans 49 pays aux revenus les plus faibles d'ici 2015
- Un plan financier plus adapté, distribué plus équitablement et des mécanismes de pression/sanction vis-à-vis des donateurs qui n'ont pas tenu leur engagement de verser 0,1 % du PIB au secteur de la santé reste à adopter
- De même, des mécanismes de soutien des pays visant à augmenter leurs capacités de financement et de redistribution des fonds de manière égalitaire donneront un impact plus important au futur cadre.

2. Des progrès significatifs mais insuffisants dans la réalisation des différents OMD de la santé à l'échelle de la planète :

- On constate une baisse de la mortalité infantile et maternelle dans de nombreux pays et des avancées considérables dans la lutte contre les maladies infectieuses telles le VIH/SIDA ou la tuberculose

¹EveryWomen, Every Child. Stratégie mondiale pour la santé des femmes et des enfants, Ban Ki-Moon, Secrétaire général de l'ONU (2010).

- Cependant, d'importantes inégalités en santé subsistent entre et au sein des pays, et restent insuffisamment documentées et adressées
- En outre, l'approche « one-size-fits-all » n'a pas permis une mesure fine des progrès et des efforts réalisés

3. Une approche insuffisamment fondée sur les droits humains :

- Si les normes minimales sont utiles pour fixer des étapes précises, le futur cadre devrait proposer une démarche véritablement inclusive
- Pour cela, il est essentiel que l'approche fondée sur les droits humains soit appliquée tant au niveau de la définition des buts, processus et résultats attendus, que de leur opérationnalisation et de leur évaluation
- La question des inégalités doit être centrale : la société civile et les populations vulnérables doivent être informées et associées à chaque étape du processus de décision et de mise en œuvre

4. Des fossés dans les OMD santé :

- Les OMD et leurs indicateurs restent pertinents, notamment ceux qui n'ont pas encore été atteints
- Par ailleurs, d'importants problèmes de santé restent à prendre en compte : les maladies non transmissibles, la santé mentale, les problèmes de santé liés à l'urbanisation et le vieillissement.

5. Une approche en silo qui a permis des progrès considérables mais qui reste à compléter par une approche transversale :

- Les OMD santé sont interdépendants et liés à de nombreux autres objectifs tels la nutrition, l'éducation, l'eau et d'assainissement, l'égalité de genre et le développement économique
- La structure du cadre post-2015 en santé doit s'appuyer sur les succès des initiatives issues du cadre des OMD comme une trame pour construire une approche complète et globale du développement

6. Le besoin de combler les fossés et de renforcer les synergies :

- La répartition de l'aide et des financements doit prendre en compte les principes de l'efficacité de l'aide et de facto, les priorités des pays
- Les priorités de pays doivent être ajustées par pathologies et populations définies comme prioritaires ou insuffisamment prises en compte par la communauté internationale : lutte contre les pandémies, maladies négligées et non transmissibles, santé mentale d'une part ; minorités et populations vulnérables d'autre part
- Il conviendrait de renforcer les synergies entre la poursuite des différentes initiatives verticales qui ont prouvé leur efficacité et le nécessaire renforcement des systèmes de santé des Etats
- Il conviendrait également de renforcer la coopération, la coordination et les synergies de l'ensemble des acteurs publics et non-publics (ONG, organisations internationales, secteur privé) dans le cadre des meilleures pratiques de partenariats publics-privés existantes (OMD 8)

7. L'oubli des déterminants de la santé :

- Lorsque ces derniers sont évoqués dans le cadre actuel des OMD sous des objectifs, c'est sans que leur rapport aux objectifs liés à la santé soit explicite : nutrition, logement, eau et assainissement, inégalités de genre, accès aux médicaments essentiels, répartition équitable sur le territoire

- Les barrières financières qui constituent le lien le plus direct entre la pauvreté et la santé ne sont pas prises en compte, or ils entraînent un manque d'accès aux services de santé ou le renoncement aux soins du fait de ressources insuffisantes
- Les barrières juridiques et sociales qui éloignent les populations vulnérables et stigmatisées notamment en raison du genre, de l'orientation sexuelle et de l'identité de genre, de l'appartenance religieuse ou ethnique, du statut sérologique et tout autre motif de discrimination, ne sont pas explicitement prises en compte, alors que leur retrait constitue des puissants leviers pour la santé publique
- L'opposabilité du droit à la santé et du droit au développement au sens du corpus des Nations-Unies² est également centrale, de manière à ce que l'opérationnalisation des droits ne soit pas seulement l'affaire des Etats mais aussi celle des individus et de la société civile

8. Un processus qui reste à démocratiser :

- les gouvernements, les organisations de la société civile et les communautés des pays en développement n'ont pas été impliqués de manière significative dans la création des OMD
- Le processus était davantage axé sur les donateurs au détriment des plans et des contextes nationaux
- Le processus d'identification des besoins et de construction de réponses dans les pays doit répondre à certaines conditions de consultation des malades eux-mêmes, de la société civile, ainsi que de l'ensemble des acteurs pertinents, sur le modèle des meilleures pratiques existantes

2) Quelle est la priorité pour le secteur de la santé après 2015 ?

2.1 Un objectif nécessaire : terminer le travail commencé avec les OMDs

10. Ne restons pas sur un agenda inachevé

- Les OMD ont permis de véritables progrès en matière de santé materno-infantile et de lutte contre les grandes pandémies (OMD 4,5,6). Malgré cela, il est peu probable que les objectifs concernant la santé soient atteints dans tous les pays d'ici 2015.
- Arrêter ou réduire ces efforts maintenant risque de réduire ces progrès à néant voire de mener à une situation encore plus difficile
- S'agissant de l'OMD 6, le contexte de la lutte contre les pandémies a complètement changé : nous savons aujourd'hui comment contrôler et réduire drastiquement l'épidémie du VIH, il existe de nouveaux outils pour lutter contre la tuberculose et éviter le développement des formes multi résistantes, et grâce aux nouveaux traitements et aux moustiquaires imprégnées, les décès liés au paludisme notamment chez les enfants de moins de 5 ans ont été réduit drastiquement. Nous savons également que l'investissement dans la lutte contre les pandémies rapporte plus économiquement que ce qu'elle coûte budgétairement

² Grover, Anand. Report of the Special Rapporteur on the right to Everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health 17th session of the Human Rights Council of the United Nations. Geneva: OHCHR, avril 12, 2011. <http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G11/126/08/PDF/G1112608.pdf?OpenElement>, pp. 10-12

- De plus, bien que verticaux, ces objectifs ont eu des effets bénéfiques transversaux sur la santé des populations et le développement économique et social des populations

11. Intégrer les OMD 4, 5, 6 dans un objectif du futur cadre post-2015

- Cet objectif reprendrait les 3 OMD liés à la santé en adaptant les cibles et les indicateurs afin :
 - D'intégrer les évolutions qu'ont connues ces grands enjeux de santé au cours de la dernière décennie
 - De prendre en compte les enseignements des OMD, notamment en matière d'équité, de réduction des inégalités et d'opérationnalisation des droits humains

2.2. Un objectif ambitieux : améliorer la situation sanitaire pour tous

12. Faire de la CSU et de l'accès à des services de santé de qualité un objectif du futur cadre post-2015

- Cet objectif central sera axé sur l'accès universel à des services de santé de qualité et abordables
- Basé, entre autres, sur une approche opérationnelle des droits humains et des principes d'équité, de solidarité et de redevabilité

13. Fournir uniquement des services minimaux n'est pas suffisant, la couverture santé universelle signifie :

- Que l'ensemble des populations, y compris les populations vulnérables, marginalisées et stigmatisées³, ait un accès effectif aux services de la santé préventifs et curatifs dont ils ont besoin, de qualité et accessibles financièrement

14. Le cheminement vers la CSU implique de garantir les principes essentiels du droit à la santé⁴ :

- Des services de soins et des médicaments accessibles financièrement et géographiquement, acceptables et de qualité.
- De faire jouer la **responsabilité des États premiers garants de ce droit notamment via la priorisation de la santé dans les budgets nationaux.**

2.3. Quelques principes transversaux :

Opérationnaliser les principes d'équité et de solidarité...

15. L'équité en santé signifie que tout individu reçoit les soins nécessaires indépendamment de sa capacité à payer :

- L'inexistence d'un système de santé à deux vitesses afin que chacun reçoive le même niveau de couverture et la même qualité de services
- Pour être efficace, le système de financement doit s'appuyer sur le principe de solidarité entre personnes riches et pauvres, malades et en bonne santé, les travailleurs du secteur formel et ceux du secteur informel

³Les groupes vulnérables se composent entre autres des populations rurales, des femmes et des filles, des jeunes, des personnes âgées, des personnes affectées par le VIH et le SIDA, des personnes handicapées, des minorités ethniques ou religieuses, des travailleurs du sexe, des migrantEs, des usagerEs de drogue, des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes et des minorités sexuelles.

⁴Comité sur les droits économiques, sociaux et culturels – Commentaire général n° 19.

- Quel que soit le système de protection sociale retenu, il doit prévoir une mise en commun des risques, garantir la redistribution des ressources, se baser sur une part importante de financement public⁵, sans rajouter de barrière financière⁶

Garantir le principe de redevabilité au plan juridique et financier...

16. Le principe de redevabilité concernant le droit à la santé ne sera effectif que si celui est opposable dans l'ordre juridique interne

- Le nouveau cadre pourrait être l'occasion de rappeler aux pays que ratifier le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels et son protocole facultatif de 2008 est nécessaire à toute entreprise de renforcement du cadre légal de protection du droit à la santé
- Tout prochain cadre doit renforcer les capacités des populations pour garantir un engagement significatif en tant que parties prenantes à la prise de décision et à l'évaluation des progrès : celles-ci doivent être informées et associées à toutes les étapes de prise de décision et de mise en œuvre

17. En matière de redevabilité financière :

- Il est impératif de s'assurer de la transparence des budgets santé et des mécanismes d'allocation des financements domestiques et extérieurs
- Ces derniers doivent être publics afin que les populations et la société civile locale et internationale puisse demander des comptes aux gouvernements et aux donateurs.

Intégrer les déterminants économiques, sociaux et juridiques de la santé

18. Lever les freins juridiques et sociaux à l'accès à la santé

- Garantir l'accès universel aux traitements essentiels et mettre en place un régime de propriété intellectuelle pour les produits et procédés pharmaceutiques compatible avec le droit international des droits l'Homme et les besoins en santé publique
- Supprimer toutes formes de discrimination et de violence à l'égard des personnes vulnérables en santé, malades ou concernées, garantir le plein respect des droits de ces personnes, et mettre en œuvre les recommandations de la commission globale sur le VIH et le droit, notamment :
 - Eliminer toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes
 - Offrir le même niveau de protection aux migrants, visiteurs et résidents de nationalité étrangère
 - Eliminer la pénalisation des rapports sexuels entre personnes du même sexe
 - Eliminer la pénalisation de l'usage de drogues
 - Eliminer la pénalisation du travail sexuel

⁵Joseph Kutzin, Anything goes on the path to universal health coverage? [Sur le chemin de la couverture universelle ?] Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé - 2012;90:867-868. doi: 10.2471/BLT.12.113654. <http://www.who.int/bulletin/volumes/90/11/12-113654/en/index.html>

⁶Oxfam International, Action for Global Health, Médecins du Monde, Save the Children UK, Global Health Advocates, Plan et Act Up Paris. « L'assurance maladie dans les pays à faible revenu : est-on vraiment sûr que ça marche ? », document d'information commun, 2008.

- Eliminer les restrictions à l'entrée, au séjour et à la résidence liées au VIH
- Eliminer la pénalisation de la transmission du VIH
- Assurer la protection sociale des enfants rendus orphelins ou vulnérables par le sida
- Garantir l'accès effectif aux droits des personnes séropositives
- Eliminer les discriminations liées au VIH/sida
- Accroître l'implication des patients et des populations clefs
 - Impliquer les acteurs communautaires dans tous les dispositifs thérapeutiques ou de prévention
 - Mettre les malades au cœur des dispositifs afin de pouvoir compter sur leur responsabilisation accrue
 - Intégrer davantage les acteurs communautaires dans la gouvernance des financeurs nationaux et internationaux

19. Développer des synergies notamment autour des facteurs socio-économiques de la santé :

- Accès à la nutrition et à un logement décent
- Accès à des conditions de vie et de travail qui ne mettent pas la santé en danger, en tenant compte notamment des situations de conflits et de catastrophes naturelles
- Accès à l'eau potable et à l'assainissement
- Accès à l'éducation et à l'information en santé
- Défendre et promouvoir l'égalité de genre et le droit international des droits de l'Homme

3)

Quels sont les meilleurs indicateurs et objectifs en matière de santé ?

Des indicateurs clairs, mesurables, comparables, désagrégeables et pertinents en fonction des besoins recensés dans chaque pays

Pour tout objectif relatif à la santé...

20. Pour que le nouveau cadre soit valable et efficace il doit comprendre :
- Une série progressive d'objectifs et d'indicateurs non-biaisés, mesurables en permanence et comparables à travers le temps
 - Mais aussi pertinents par rapport aux programmes et pouvant être ventilés afin de montrer les disparités et les discriminations à l'intérieur des pays et entre les catégories de populations
 - Et enfin pouvant faire l'objet de vérifications par les populations concernées et la société civile.

21. **Lors de la définition des indicateurs, d'autres critères** sont à prendre en compte en plus de la rentabilité des interventions :

- **les prestations, la qualité et l'accès à des soins primaires complets et des services de prévention**
- La priorité donnée à des **interventions en lien avec la principale cause de mortalité et de morbidité à l'intérieur du pays mais aussi avec les priorités sanitaires mondiales et notamment ceux de l'« agenda inachevé »**
- **les interventions concernant la santé et les droits en matière de sexualité et de procréation essentiels pour tous**

- **les besoins des groupes vulnérables** (notamment les femmes et les filles, les hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes, les usagers de drogues par injection, les travailleurSEs du sexe...) **doivent être pris en compte.**

22. L'intégration de la société civile et des parlements dans la prise de décisions et la garantie de leur rôle de veille doit être prise en compte dans des **indicateurs** :

- soit de manière transversale
- soit par le biais d'un objectif spécifique concernant la démocratie et la bonne gouvernance.

Pour l'agenda inachevé....

23. Les **indicateurs des OMD 4, 5 et 6 doivent être réajustés**

- **Ils doivent refléter** les mutations récentes des enjeux de santé materno-infantile et de lutte contre les 3 pandémies
- Au-delà des données quantitatives, des indicateurs qualitatifs permettant d'évaluer le respect et la protection des droits des personnes concernées, et notamment des plus vulnérables, doivent être intégrés.

Pour la CSU.....

24. Concernant la protection contre le risque financier, les indicateurs de mesure des dépenses de santé catastrophiques:

- doivent inclure d'autres coûts de santé (transport, perte de revenu du travail...)
- prendre en compte les différences entre les pays mais aussi entre les quintiles de richesse.

25. Estimer l'accès de chaque citoyen aux soins de santé de qualité dont il a besoin :

- nécessite une série progressive d'**indicateurs de prestations de services**

26. La responsabilité des États peut se mesurer en termes d'allocation budgétaire :

- **en prenant en compte la part des fonds publics allouée à la santé dans le budget national**
- **et la part des fonds publics dans le budget total disponible pour la santé⁷.**

27. La solidarité entre les personnes riches et pauvres, malades et en santé, jeunes et âgées, entre les travailleurs du secteur formel et ceux du secteur informel peut être évaluée **en mesurant la part que représente chacun de ces groupes dans le système de financement de la santé en impôts progressifs ou en primes.**

⁷Lancet (The), 2008. « Les systèmes de santé et le droit à la santé : une évaluation réalisée dans 194 pays. »

28. En termes de redevabilité, l'évaluation de l'application du Pacte international devrait être prise en compte comme indicateur politique dans le contexte du prochain cadre international⁸.

29. Même avec le meilleur cadre politique possible en termes d'accès et de protection contre le risque financier, les principaux défis concernent la mise en œuvre :

- **afin de permettre un suivi et une évaluation, la CSU doit être régulièrement mise en regard avec des indicateurs d'amélioration de l'état de santé de la population.**

Exemples d'indicateurs pertinents

Indicateurs de l'accès à la santé

Taux de la population éligible sous traitement antirétroviral
Nombre de pays qui mettent en place des politiques de prévention du VIH/sida à l'attention des trois principaux groupes vulnérables
Nombre de dépistages du VIH/sida dans la population générale ; chez les trois principaux groupes vulnérables, les femmes enceintes et les nourrissons ; chez les tuberculeux
Nombre de dépistages de la tuberculose chez les séropositifs au VIH
Utilisation d'un préservatif lors du dernier rapport sexuel à haut risque
Proportion de la population ayant des connaissances exactes et complètes au sujet du VIH/sida
Taux de scolarisation des orphelins par rapport aux non-orphelins âgés de 10 à 14 ans
Proportion de la population au stade avancé de l'infection par le VIH ayant accès à des médicaments antirétroviraux
Proportion d'enfants de moins de 5 ans dormant sous des moustiquaires imprégnées d'insecticide
Proportion d'enfants de moins de 5 ans atteints de fièvre traités aux moyens de médicaments antipaludéens appropriés
Proportion de cas de tuberculose détectés et soignés dans le cadre d'un traitement direct à court terme et sous observation
Proportion d'enfants d'1 an vaccinés contre la rougeole
Proportion d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié
Couverture des soins prénataux (au moins une visite et au moins quatre visites)
Besoins non satisfaits en matière de planification familiale
Taux de contraception chez les femmes mariées
Proportion de la population pouvant se procurer les médicaments essentiels à un coût abordable et dans des conditions pouvant être maintenues durablement
Part des populations vulnérables et stigmatisées accédant aux services de santé
Nombre de personnels de santé pour 10 000 habitants et nombre annuel de diplômés pour 100 000 habitants

Indicateurs de l'état de santé

Taux de prévalence du VIH dans la population
Incidence, prévalence de la tuberculose et taux de mortalité due à cette maladie Incidence du paludisme et taux de mortalité due à cette maladie
Prévalence de l'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de 5 ans
Taux de mortalité chez les enfants de moins de 5 ans
Taux de mortalité maternelle
Taux de mortalité par principales causes de décès ventilé par âge, genre, territoire et facteurs de vulnérabilité
Espérance de vie corrigée de l'incapacité ventilée par âge, genre, territoire et facteurs de vulnérabilité

Indicateurs de la protection contre le risque financier

⁸ Lancet (the) 2008; 372: 2047–85. « Les systèmes de santé et le droit à la santé : une évaluation réalisée dans 194 pays. »

Commission Santé de Coordination SUD
Mars 2012

Incidence des faillites personnelles dues aux dépenses de santé
Entrées dans la pauvreté dues aux dépenses de santé

Indicateurs de la redevabilité et de la mobilisation des ressources pour la santé

Part du budget national alloué à la santé
Part du PIB/hab alloué aux dépenses de santé
Nombre de pays ayant signé et ratifié le PIDESC et son protocole facultatif de 2008
Existence d'une stratégie nationale en santé construite avec et approuvée par la société civile et les populations concernées