



Union interparlementaire  
Pour la démocratie. Pour tous.



Organisation  
mondiale de la Santé



# La voie de la couverture sanitaire universelle

Guide à l'usage des parlementaires N° 35

Les appellations employées dans ce produit d'information et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'Union interparlementaire (UIP) ou de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) aucune prise de position quant au statut juridique ou au stade de développement des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites.

La mention de sociétés spécifiques ou de produits de fabricants, qu'ils soient ou non brevetés, n'implique pas que ces derniers aient été approuvés ou recommandés par l'UIP ou l'OMS de préférence à d'autres de nature similaire qui ne sont pas mentionnés.

Toutes les précautions raisonnables ont été prises par l'UIP et l'OMS pour vérifier les informations contenues dans cette publication. Toutefois, le contenu publié est distribué sans garantie d'aucune sorte, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation de ce contenu incombe au lecteur. En aucun cas, l'UIP et l'OMS ne peuvent être tenues responsables des dommages résultant de son utilisation.

Toute partie de cette publication peut être reproduite pour un usage personnel et non commercial à condition que les indications de copyright et de source soient également copiées et qu'aucune modification ne soit apportée. Veuillez informer l'Union interparlementaire de l'utilisation du contenu de la publication à l'adresse suivante : [press@ipu.org](mailto:press@ipu.org).

© Union interparlementaire (UIP) et Organisation mondiale de la Santé (OMS), 2022

Photo de couverture: Des personnes font la queue devant un bureau chargé de la couverture santé universelle à Abidjan. © Sia Kambou/AFP

Mise en pages: Philippe Boisson, Graphisme  
Traduction: Françoise Wirth  
Imprimé en France par ICA

ISBN 978-92-9142-855-7 [UIP]  
ISBN 978-92-4-006140-8 [OMS, version électronique]  
ISBN 978-92-4-006141-5 [OMS, version imprimée]

# Table des matières

Remerciements .....	3
Avant-propos .....	5
<b>1. À propos du guide .....</b>	<b>6</b>
1.1 Objectif .....	6
1.2 Public visé .....	6
1.3 Mode d'utilisation .....	6
<b>2. Présentation de la couverture sanitaire universelle .....</b>	<b>8</b>
2.1 La couverture sanitaire universelle : qu'est-ce que c'est ? (et qu'est-ce que ce n'est pas ?) .....	8
2.2 L'importance de la couverture sanitaire universelle .....	11
2.3 L'instauration de la couverture sanitaire universelle .....	12
2.4 Suggestions d'actions à mener par les parlementaires .....	15
<b>3. Législation relative à la couverture sanitaire universelle .....</b>	<b>16</b>
3.1 La finalité des lois relatives à la couverture sanitaire universelle .....	16
3.2 Élaboration de lois qui appuient la réalisation de la couverture sanitaire universelle .....	18
3.2.1 Évaluation des lois relatives à la couverture sanitaire universelle .....	19
3.2.2 Adoption de lois relatives à la couverture sanitaire universelle .....	20
3.2.3 Application et évaluation des lois relatives à la couverture sanitaire universelle .....	23
3.3 Suggestions d'actions à mener par les parlementaires .....	23
3.4 Ressources supplémentaires .....	24
<b>4. Financement de la santé à l'appui de la couverture sanitaire universelle.....</b>	<b>27</b>
4.1 L'importance des politiques de financement de la santé pour la couverture sanitaire universelle .....	27
4.2 La promotion par les parlements de politiques de financement de la santé favorables à la couverture sanitaire universelle .....	29
4.2.1 Augmenter les fonds consacrés à la couverture sanitaire universelle (« davantage d'argent pour la santé ») .....	29
4.2.2 Améliorer la protection financière dans le domaine de la santé .....	32
4.2.3 Contrôler l'emploi des fonds de la couverture sanitaire universelle (« davantage de santé pour l'argent ») .....	34

4.3 Ressources supplémentaires .....	35
<b>5. Contrôle de la couverture sanitaire universelle et reddition de comptes .....</b>	<b>37</b>
5.1 L'importance de contrôler la progression vers la couverture sanitaire universelle .....	37
5.2 La promotion par les parlements du contrôle de la couverture sanitaire universelle et de la reddition de comptes .....	40
5.2.1 Les parlements et la transparence financière .....	43
5.2.2 Les parlements et la transparence en matière de performance .....	45
5.2.3 Les parlements et la transparence politique/démocratique .....	46
<b>6. Conclusion .....</b>	<b>48</b>

# Remerciements

Cette publication a été préparée par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et l'Union interparlementaire (UIP).

Elle a été rédigée par Leyla Alyanak sur la base des travaux antérieurement menés par Graham Shaw et Melissa Maitin-Shepard.

La réalisation a bénéficié des contributions et conseils de nombreux collègues qui sont chaleureusement remerciés ici, en particulier : Hala Abou Taleb, Joëlle Auert, Hélène Barroy, David Clarke, Gabriela Flores, Matthew Jowett, Viktoriia Karpenko, Erin Kenney, Theadora Koller, Joseph Kutzin, Marjolaine Nicod, Sam Omar, Rodney Kort, Angeli Vigo et Ke Xu de l'OMS, ainsi qu'Aleksandra Blagojevic et Miriam Sangiorgio de l'UIP.

# Avant-propos

La couverture sanitaire universelle (CSU) signifie que toute personne est en mesure de recourir aux services de santé dont elle a besoin, où et quand elle en a besoin, sans être exposée à des difficultés financières<sup>1</sup>. On peut considérer la CSU comme l'expression pratique du droit à la santé, qui a été établi en 1948 par la *Déclaration universelle des droits de l'homme* et est consacré par de nombreuses constitutions nationales et législations domestiques.

La CSU est aujourd'hui l'une des principales cibles sanitaires des Objectifs de développement durable (ODD), l'accent y étant explicitement mis sur les groupes de population marginalisés qui ont du mal à accéder aux soins de santé ou à les financer<sup>2,3</sup>. Les bénéficiaires de la CSU concourent à la réalisation de ces différentes cibles sanitaires et contribuent à promouvoir la sécurité et l'équité en matière de santé. La CSU contribue aussi à la réalisation d'autres objectifs, tels que l'inclusion sociale, la réduction des inégalités, l'égalité des sexes, l'éradication de la pauvreté, la croissance économique et la dignité humaine.

En 2019, lors de l'Assemblée générale des Nations Unies, les dirigeants mondiaux ont adopté une déclaration politique pragmatique sur la CSU<sup>4</sup>. La même année, lors de l'Assemblée de l'Union interparlementaire (UIP), les législateurs ont adopté une résolution appelant les parlements à prendre toutes les mesures juridiques et politiques nécessaires pour atteindre l'objectif de la CSU<sup>5</sup>. En vertu de ces engagements, les parlements sont investis d'un rôle stratégique particulièrement important pour faire de la CSU une réalité pour tous.

La pandémie de COVID-19 a mis en lumière l'importance de la CSU. De par le monde, de nombreuses personnes – en particulier parmi les populations vulnérables – se sont trouvées dans l'incapacité de passer des tests, de se faire vacciner ou soigner, tandis que de nombreuses personnes ont rencontré des difficultés financières à cause de leurs dépenses de santé. La pandémie a considérablement ralenti les avancées vers la CSU, creusé les inégalités et exacerbé les vulnérabilités. Les populations marginalisées et défavorisées – en particulier les femmes et les filles – ont été encore plus durement touchées que les autres. L'instauration de la CSU permettra de réduire ces inégalités en renforçant les capacités et les infrastructures nationales de soins de santé, et donc en améliorant la résilience pour mieux affronter les crises sanitaires, prévenir les maladies et promouvoir la santé.

---

1 Organisation mondiale de la Santé (OMS) « Couverture sanitaire universelle », [www.who.int/fr/health-topics/universal-health-coverage#tab=tab\\_1](http://www.who.int/fr/health-topics/universal-health-coverage#tab=tab_1).

2 Ibid.

3 Nations Unies, *Transformer notre monde : le Programme de développement durable à l'horizon 2030*, A/Res/70/1 (2015) : [daccess-ods.un.org/access.nsf/Get?OpenAgent&DS=A/RES/70/1&Lang=F](https://daccess-ods.un.org/access.nsf/Get?OpenAgent&DS=A/RES/70/1&Lang=F).

4 Nations Unies, *Déclaration politique issue de la réunion de haut niveau sur la couverture sanitaire universelle*, A/Res/74/2 (2019) : [daccess-ods.un.org/access.nsf/Get?OpenAgent&DS=A/Res/74/2&Lang=F](https://daccess-ods.un.org/access.nsf/Get?OpenAgent&DS=A/Res/74/2&Lang=F).

5 Union interparlementaire (UIP), *Réaliser l'objectif de couverture sanitaire universelle d'ici 2030 : le rôle des parlements pour garantir le droit à la santé*, résolution adoptée lors de la 141<sup>e</sup> Assemblée de l'UIP (2019) : [www.ipu.org/fr/file/8562/download](http://www.ipu.org/fr/file/8562/download).

Le présent guide est le fruit d'un partenariat de longue date entre l'UIP et l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Il propose aux parlementaires des recommandations pratiques pour les aider à mettre leurs fonctions de législation, de budgétisation et de contrôle au service de l'instauration de la CSU dans leur pays. Un monde dans lequel la santé est un droit fondamental : tel est le monde que nous travaillons à construire. Le rôle des parlementaires est crucial en la matière car, sans la CSU, l'espoir de populations prospères et en bonne santé ne sera jamais rien de plus que cela : un espoir.



Martin Chungong  
Secrétaire général de l'UIP



Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus  
Directeur général de l'OMS

# 1. À propos du guide



Un homme est amené pour un traitement contre la malnutrition à l'hôpital Al-Sevre lors de la Journée mondiale de lutte contre le paludisme à Taiz (Yémen). © Abdunasser Alseddik/Anadolu Agency via AFP

## 1.1 Objectif

Les parlements interviennent de manière cruciale dans la préservation de la santé des citoyens qu'ils représentent, car ils jouent des rôles variés et complémentaires dans la concrétisation des engagements nationaux et internationaux qui s'y rapportent. Ils votent les lois, examinent et approuvent les budgets et demandent aux gouvernements de rendre des comptes sur l'avancement de la couverture sanitaire universelle (CSU). Ils travaillent à réduire les inégalités et à supprimer les obstacles qui empêchent les citoyens de jouir d'une bonne santé et d'accéder au bien-être tout au long de leur vie. Ils ont, enfin, un rôle déterminant dans l'application des résolutions de l'UIP et des Nations Unies.

Le présent guide a pour but d'aider les parlements et les parlementaires à remplir ces rôles. Dans cette optique, il se propose :

- d'expliquer ce qu'est la couverture sanitaire universelle et pourquoi elle est importante ;

- d'analyser l'exceptionnelle contribution qui peut être celle des parlementaires dans la réalisation de la CSU, en mettant l'accent sur leur rôle législatif (élaboration, rédaction, adoption et application de la législation sur la CSU) ainsi que sur leur rôle en matière de financement de la CSU, de contrôle de son application et de reddition des comptes ;
- de proposer des recommandations pratiques et réalisables sur la façon dont les parlementaires sont en mesure de faire avancer la CSU en fonction des pays et des contextes.

## 1.2 Public visé

Le guide s'adresse à toutes les personnes qui s'intéressent ou participent à l'adoption de textes législatifs dans leur pays, notamment :

- les parlements et les parlementaires ;
- les personnels et conseillers parlementaires ;
- les responsables des pouvoirs publics (les membres de l'exécutif, en particulier le ministère de la Santé), les membres de la société civile, les groupes de citoyens, les universitaires, le personnel des circonscriptions et toute personne désireuse d'encourager les parlements et les parlementaires à défendre et promouvoir la CSU ou à participer à leur travail en ce sens ;
- l'UIP, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et d'autres organisations multilatérales qui travaillent sur la CSU avec les parlements et les parlementaires ;
- d'autres organisations et groupes d'intérêt qui travaillent à accélérer la mise en place de la CSU.

## 1.3 Mode d'utilisation

Chacune des sections du guide a été conçue comme une ressource indépendante. Chaque partie comprend une rapide explication de la question traitée et de son importance pour la mise en place de la CSU, ainsi que des informations utiles, des recommandations de l'OMS et de l'UIP, des mesures à envisager par les parlementaires, des exemples nationaux, des points et messages clés. Ces éléments ne seront pas utiles, en totalité, à tous les pays. Ils pourront néanmoins susciter des idées et servir d'exemples à développer ou à adapter. Le lecteur en quête d'une meilleure compréhension de la couverture sanitaire universelle pourra aussi consulter les ressources et références dont la liste est proposée dans le guide.

## 2. Présentation de la couverture sanitaire universelle



Des personnels de santé administrent des médicaments lors du traitement d'un patient atteint de la COVID-19. © Burak Akbulut/Anadolu Agency via AFP

### 2.1 La couverture sanitaire universelle : qu'est-ce que c'est? (et qu'est-ce que ce n'est pas?)

Avec l'instauration de la CSU, toute personne a accès, dans des conditions abordables, à l'éventail complet des services de santé dont elle a besoin – depuis la promotion de la santé jusqu'à la prévention, les traitements, les soins de réadaptation et les soins palliatifs.

La CSU a été qualifiée d'« expression concrète du droit à la santé<sup>6</sup>», et la santé est reconnue comme un **droit fondamental de la personne** par plusieurs instruments

6 OMS, *Health in the Post-2015 Development Agenda* (Genève, OMS, 2013) : [apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85535/9789241505963\\_eng.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85535/9789241505963_eng.pdf).

## Messages clés sur la CSU

- L'instauration de la couverture sanitaire universelle (CSU) signifie que toute personne est en mesure de bénéficier de services de santé de qualité, quand et où elle en a besoin sans encourir de difficultés financières.
- La CSU a pour objectif de garantir l'équité en matière d'usage des services de santé, de qualité des soins de santé et de protection financière.
- La CSU est un engagement pris par les pays au titre de la cible 3.8 du Programme de développement durable à l'horizon 2030 qui est fondé sur le droit international des droits de l'homme.
- Les efforts déployés pour mettre en place la CSU doivent être guidés par l'engagement pris par les pays au titre du Programme 2030 de « ne laisser personne de côté » et de « s'attacher à aider les plus défavorisés en premier ».
- La question de la CSU se pose partout : tous les pays peuvent chercher à réduire l'écart entre le besoin de services de santé de qualité et l'accès à ces services.
- Il n'est pas possible de réaliser la CSU en travaillant de manière isolée dans des silos institutionnels : c'est une question multisectorielle et, pour faire avancer la CSU, les parlements doivent tirer parti de leurs différentes fonctions (législation, budgétisation et contrôle) dans des secteurs variés et avec la participation d'un large éventail de parties prenantes (y compris des représentants de la société civile, des universités et du secteur privé).
- De solides systèmes de santé, veillant à la satisfaction des soins de santé primaires (SSP), sont essentiels à la réalisation de la CSU.
- Avancer vers la CSU n'est pas seulement le moyen d'améliorer la santé et de réduire les difficultés financières – c'est aussi celui de contribuer à créer des emplois et des opportunités économiques, de réduire la pauvreté et de construire une société plus stable et plus équitable.
- Il n'y a pas de moment idéal pour faire progresser la réforme : il faut saisir les occasions politiques et rechercher des partenariats avec les mouvements sociaux pour promouvoir la CSU.

internationaux établis après la Deuxième Guerre mondiale, notamment la *Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé*<sup>7</sup> et la *Déclaration universelle des droits de l'homme*<sup>8</sup>. En vertu du droit à la santé, les États ont l'obligation légale d'assurer la disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité et la qualité des services de santé et de veiller aux déterminants sous-jacents de la santé tels que la fourniture d'une eau potable sûre, l'hygiène, la nourriture, le logement, les informations d'ordre sanitaire et l'éducation, ainsi que l'égalité des sexes.

7 OMS, *Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, adoptée par la Conférence internationale de la Santé*, New York (1946) : [apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/FR/constitution-fr.pdf](https://www.who.int/gb/bd/PDF/bd47/FR/constitution-fr.pdf).

8 Nations Unies, *Déclaration universelle des droits de l'homme*, A/RES/217(III) (1948) : [daccess-ods.un.org/access.nsf/Get?OpenAgent&DS=A/RES/217\(III\)&Lang=f](https://daccess-ods.un.org/access.nsf/Get?OpenAgent&DS=A/RES/217(III)&Lang=f).

La CSU vise à garantir l'**équité** en matière d'usage des services de santé, de **qualité des soins de santé** et de **protection financière**.

- S'agissant de l'usage des services, l'**équité** suppose l'absence de discrimination envers certaines personnes ou groupes de personnes (sur la base, notamment, d'un groupe social, d'un niveau économique, d'un groupe ethnique, d'un type de sexualité, d'une religion ou du sexe) dans l'accès à l'éventail complet des services de santé.

L'application du principe d'équité permet de réduire l'écart entre le besoin et le recours aux soins en détectant et en supprimant les inégalités d'ordre socioéconomique, géographique, sexospécifique, etc.

- La **qualité des soins** de santé concerne la mesure dans laquelle les services de santé accessibles aux individus et aux populations permettent l'obtention des résultats sanitaires désirés.

Lorsque des soins de santé de qualité sont prodigués, il en résulte un bon état de santé des enfants (qui peuvent ainsi apprendre) et des adultes (qui peuvent ainsi gagner correctement leur vie), ce qui aide la population générale à échapper à la pauvreté et pose les bases d'un développement économique à long terme.

- La **protection financière** est réalisée si la question financière ne représente pas une barrière à l'usage des soins de santé et si, lorsque des dépenses restent à la charge du patient, celles-ci ne sont pas la cause de difficultés financières.

Aucun pays ne saurait durablement fournir la totalité des services gratuitement. Toutefois, la mise en place de bons mécanismes de protection financière réduit le risque qu'une personne se trouve obligée de choisir entre une dépense de santé et une dépense relative à d'autres besoins élémentaires comme la nourriture, le logement ou les services d'utilité publique, ou encore soit contrainte de dépenser les économies d'une vie, à vendre ses biens ou à emprunter, détruisant ainsi son avenir, et parfois même celui de ses enfants, pour se procurer les services ou les produits sanitaires qui lui sont nécessaires. Lorsqu'une solide protection financière est en place, les citoyens ne sont pas acculés à la pauvreté ni enfoncés plus avant dans une situation de pauvreté par une maladie ou un accident.

La Figure 2.1 récapitule quelques vérités essentielles et quelques idées fausses sur la CSU.

Figure 2.1 Vérités et idées fausses sur la couverture sanitaire universelle

La CSU concerne	La CSU n'est pas
<ul style="list-style-type: none"> <li>✔ l'éventail complet des services de santé essentiels, de qualité, depuis la promotion de la santé jusqu'à la prévention, le traitement, la réadaptation et les soins palliatifs</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✘ uniquement des services de traitement</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>✔ la prise en compte de la totalité des composantes du système de santé : financement, législation, systèmes de prestation des services, personnels, centres de soin, réseaux de communication, technologies, systèmes d'information, assurance qualité et gouvernance</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✘ uniquement le financement de la santé</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>✔ à la fois les services individuels et les services à la population (campagnes de santé publique, par ex.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✘ uniquement des services individuels</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>✔ des politiques inclusives englobant toutes les personnes et tous les groupes de population et une évaluation des progrès à l'échelle de la population</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✘ la fourniture d'une aide réservée à certains groupes ou l'évaluation des progrès limitée aux groupes visés par des programmes donnés</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>✔ la protection contre les conséquences financières de dépenses de santé réglées par le patient sur le lieu d'utilisation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✘ une couverture gratuite de toutes les interventions sanitaires, quel que soit leur coût</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>✔ l'extension de la couverture et de la protection financière au fur et à mesure de la disponibilité de ressources supplémentaires</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✘ uniquement la garantie d'un ensemble minimum de services de santé</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>✔ la prise de mesures pour favoriser les priorités de développement économique et d'autres types de développement, le recul de la pauvreté, l'inclusion sociale et la solidarité, et l'équité</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✘ uniquement la santé</li> </ul>

### Questions proposées à la réflexion des parlementaires

Avez-vous des objectifs de politique sanitaire clairement énoncés ?

- **Si oui**, ces objectifs vont-ils dans le sens de la CSU : visent-ils à réduire l'écart entre le besoin et le recours aux services tout en veillant à protéger la population des difficultés financières ?
- **Si non**, l'emploi du concept de CSU pourrait-il avoir une utilité politique, notamment en permettant une communication plus efficace de la teneur de vos politiques aux membres du gouvernement et au public ?

Votre pays dispose-t-il d'une stratégie ou d'un plan d'application national pour la CSU ?

- **Si oui**, ce plan traite-t-il de l'équité d'accès, de la qualité des services de santé et de la protection contre les risques financiers ? Une politique solide de soins de santé primaires axés sur la personne est-elle au cœur de la stratégie d'application de la CSU ?
- **Si non**, des discussions ont-elles été entamées ou des plans ont-ils été rédigés ?

## 2.2 L'importance de la couverture sanitaire universelle

La mise en place de la CSU constitue l'une des cibles des **Objectifs de développement durable** (ODD) adoptés en 2015. Au titre de l'objectif 3, relatif à la bonne santé et au bien-être, la cible 3.8 appelle expressément à la mise en place de la CSU. En progressant vers la CSU, les pays feront également avancer la réalisation des autres cibles d'ordre sanitaire et d'autres ODD.

La CSU bénéficie directement au service de santé, a un impact positif sur l'économie et la société et, par voie de conséquence, plus généralement sur les circonscriptions.

Voici quelques-uns des effets positifs directs de la CSU :

- meilleure espérance de vie, baisse de la prévalence des maladies et de la malnutrition, réduction du nombre et de la durée des séjours à l'hôpital
- fourniture des services de santé essentiels, accessibles à la population quand et où elle en a besoin sans rencontrer de difficultés financières
- services de santé non discriminatoires et matériellement accessibles
- respect du droit à des informations de santé exactes
- satisfaction accrue des usagers
- suppression des dépenses de santé et des paiements directs catastrophiques
- réduction de l'extrême pauvreté et promotion d'une prospérité partagée

Plus généralement, la CSU :

- crée de nouveaux emplois et de nouvelles opportunités économiques, tant directement sous forme d'emplois dans le secteur sanitaire qu'indirectement par l'amélioration de l'accès aux services de santé et les retombées sanitaires pour les enfants et leurs familles, qui ont ainsi la possibilité de rester plus longtemps dans le système éducatif
- diminue la pauvreté, améliore la productivité nationale et augmente les revenus fiscaux du gouvernement parce que la population est en bonne santé et mieux à même de travailler
- favorise l'égalité des sexes et le respect des droits des femmes en introduisant un changement dans la société et en contribuant à l'égalité des chances pour les femmes et pour les hommes
- renforce les capacités des pays à faire face à de futures urgences sanitaires

- accroît la capacité d'épargne des personnes, des ménages et de l'ensemble du pays par un emploi plus efficace et plus juste des ressources publiques pour fournir des services de santé à l'ensemble de la population, en diminuant le recours aux paiements directs
- a un puissant effet d'égalisation sociale, la fourniture de soins de santé primaires abordables et accessibles à tous contribuant à une société juste, stable et solidaire
- répond aux besoins des citoyens qui aspirent à un meilleur accès aux soins de santé pour eux-mêmes et les membres de leur famille.

## 2.3 L'instauration de la couverture sanitaire universelle

La question de la CSU se pose à l'échelle mondiale : tous les pays ont des mesures à prendre pour réduire l'écart entre le besoin en services de santé de qualité et l'accès à ces services. Pour réaliser la couverture sanitaire universelle, il convient de progresser dans trois domaines au moins :

- Développement des services prioritaires en fonction des besoins de la population
- Extension à un plus grand nombre de personnes
- Réduction des paiements directs

Dans chacun de ces domaines, un choix crucial se pose aux pays pour décider des services à développer en priorité, des populations à inclure en premier et de la façon de procéder pour passer d'un paiement direct à un système de prépaiement. Ces décisions seront guidées par un souci de justice et d'équité, et par le respect du droit de chacun à des soins de santé au titre de l'engagement de ne laisser personne de côté, engagement porteur de transformation qui est inscrit dans le Programme 2030<sup>9,10</sup>.

### Ressource clé

- L'OMS propose un *Recueil d'outils sur la CSU (UHC Compendium)* dans le but d'aider les pays à décider des services à inclure dans un ensemble de services garantis : [www.who.int/universal-health-coverage/compendium](http://www.who.int/universal-health-coverage/compendium).

À cette fin, il est essentiel de comprendre et de supprimer les obstacles qui empêchent les patients – en particulier parmi les groupes les plus vulnérables – d'accéder effectivement aux services de santé. Il ne suffit pas de rendre les services disponibles et financièrement accessibles en théorie pour qu'ils soient utilisés dans la pratique.

<sup>9</sup> Nations Unies, *Transformer notre monde : le Programme de développement durable à l'horizon 2030*, A/RES/70/1 (2015) : [sdgs.un.org/fr/2030agenda](http://sdgs.un.org/fr/2030agenda).

<sup>10</sup> Nations Unies, *Leaving No One Behind: Equality and Non-Discrimination at the Heart of Sustainable Development* (New York : Nations Unies, 2017) : [unsceb.org/sites/default/files/imported\\_files/CEB%20equality%20framework-A4-web-rev3.pdf](http://unsceb.org/sites/default/files/imported_files/CEB%20equality%20framework-A4-web-rev3.pdf).

Des obstacles divers peuvent empêcher certaines personnes d'accéder aux soins. Ces obstacles relèvent notamment de questions de disponibilité, d'accessibilité (financière, géographique, logistique ou informationnelle), d'acceptabilité ou d'effectivité de la couverture des services. Il est donc essentiel d'adopter des méthodes participatives pour l'élaboration des politiques et leur mise en œuvre, afin de comprendre ces obstacles et de s'assurer que la voix de ceux qui sont les plus marginalisés est entendue.

Plus généralement, sur le plan national, la mise en œuvre de l'engagement de ne laisser personne de côté nécessitera une approche exhaustive comprenant différentes étapes : déterminer qui est laissé de côté et pourquoi ; définir des mesures efficaces de lutte contre les causes profondes de cet état de fait ; contrôler et mesurer les progrès ; veiller à ce que des comptes soient rendus sur cette question<sup>11</sup>.

Par ailleurs, pour s'assurer que personne n'est laissé de côté, il faut que les réformes de mise en place de la CSU s'appuient sur la notion d'universalisme progressif, selon laquelle les réformes doivent bénéficier aux sous-groupes de population les plus défavorisés au moins autant - et préférablement davantage - qu'aux groupes plus favorisés<sup>12,13</sup>.

L'objectif de couverture sanitaire universelle ne saurait être atteint dans l'isolement de « silos institutionnels ». Il s'agit d'un cadre de développement durable exhaustif et multisectoriel qui nécessite d'agir de manière collaborative pour traiter un éventail de questions politiques relevant de différents secteurs, de différentes administrations (de niveaux national et infranational) avec des parties prenantes non gouvernementales ainsi qu'avec les populations elles-mêmes. Cette entreprise requiert également la volonté des décideurs d'investir dans la CSU.

La réalisation de la CSU dépend également de la constitution de moyens de mise en œuvre et de la fourniture de ressources au niveau infranational, de manière pérenne. En effet, si la conception et la supervision de la CSU relèvent généralement du niveau national, les niveaux infranationaux (y compris les collectivités territoriales) et les institutions ont un rôle de premier plan à jouer dans la mise en œuvre.

Rien de tout cela n'est réalisable sans des systèmes de santé robustes, résilients, fonctionnels, bien administrés, réactifs, responsables, intégrés, axés sur la personne et la communauté, et capables de fournir des services de qualité. Ces systèmes doivent en outre pouvoir compter sur un personnel de santé compétent et des infrastructures adaptées, être appuyés par des mécanismes législatifs et réglementaires facilitateurs, et disposer d'un financement suffisant et pérenne<sup>14</sup>. En d'autres termes, la réalisation des objectifs de CSU passe par un renforcement des systèmes de santé<sup>15</sup>.

11 OMS, *Approche Innov8 pour passer en revue les programmes de santé nationaux et s'assurer qu'ils ne laissent personne de côté : Guide technique* (Genève : OMS, 2016) : [apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/330558/9789290222675-fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/330558/9789290222675-fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y).

12 Results for Development, "Health 2015: A conversation with Davidson Gwatkin on progressive universalism" (2014) : [r4d.org/blog/health-2015-conversation-davidson-gwatkin-progressive-universalism](http://r4d.org/blog/health-2015-conversation-davidson-gwatkin-progressive-universalism).

13 Davidson R. Gwatkin, "Universal health coverage: friend or foe of health equity?", *The Lancet*, 377/9784 (2011) : [www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2810%2962058-2/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2810%2962058-2/fulltext).

14 Nations Unies, *Déclaration politique issue de la réunion de haut niveau sur la couverture sanitaire universelle*, A/Res/74/2 (2019), § 9. [documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N19/311/85/PDF/N1931185.pdf?OpenElement](https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N19/311/85/PDF/N1931185.pdf?OpenElement).

15 Joseph Kutzina et Susan P. Sparkes, "Health systems strengthening, universal health coverage, health security and resilience", *Bulletin of the World Health Organization*, 94 (2016), 2 : [www.who.int/publications/i/item/health-systems-strengthening-universal-health-coverage-health-security-and-resilience](http://www.who.int/publications/i/item/health-systems-strengthening-universal-health-coverage-health-security-and-resilience).

Comme l'a montré la pandémie de COVID-19, des systèmes de santé solides sont un atout pour la CSU et la sécurité sanitaire<sup>16</sup>. Il convient d'orienter le renforcement des systèmes de santé vers la fourniture des soins de santé primaires : c'est ce qui apparaît comme la méthode la plus inclusive, la plus efficace et la plus efficiente pour améliorer la santé physique et mentale des citoyens, ainsi que leur bien-être social<sup>17</sup> (voir l'encadré ci-dessous). Les pays peuvent recourir à des mesures et des initiatives établies à l'appui de leurs efforts d'opérationnalisation des SSP<sup>18</sup>.

Enfin, les décisions relatives à la progression vers la CSU (concernant, par exemple, ce qu'il faut inclure dans l'ensemble des services garantis) varieront en fonction des circonstances propres à chaque contexte (système de santé en place, charge de morbidité, ressources disponibles, etc.) Chaque pays devra trouver sa propre voie vers la CSU. Néanmoins, dans tous les cas de figure, les efforts devront être appuyés par la législation, des ressources et un solide suivi.

### L'importance des soins de santé primaires

La CSU doit s'appuyer sur un socle solide et intégré de **soins de santé primaires (SSP)** axés sur la personne – une approche de la santé et du bien-être orientée vers la globalité de la société et la globalité de la personne, couvrant toute la durée de la vie et ne se limitant pas à certaines maladies.

La garantie des soins de santé primaires suppose :

- de fournir des soins de qualité complets – depuis la promotion et la prévention jusqu'au traitement, à la réadaptation et aux soins palliatifs – à une distance aussi réduite que possible de l'environnement habituel des patients ;
- de prendre en compte un large éventail de critères de santé et de bien-être, d'ordre physique, mental et social – y compris les facteurs sociaux, économiques, environnementaux et comportementaux – au moyen de politiques et de mesures publiques fondées sur des données probantes et concernant tous les secteurs ;
- de placer les personnes et les collectivités locales au centre des systèmes de santé et de leur donner les moyens de prendre la responsabilité de leur propre santé, en défendant les politiques de promotion et de protection de la santé et du bien-être, en prenant part à l'élaboration des services sanitaires et sociaux, et en prenant soin d'elles-mêmes et des autres<sup>19</sup>.

Les Objectifs du Millénaire pour le développement puis l'inclusion de la CSU dans une cible spécifique des ODD ont donné une nouvelle dynamique aux efforts d'intégration de la CSU dans les plans nationaux et de renforcement des secteurs nationaux de la santé. Les parlements sont en mesure d'entretenir cette dynamique – en mettant en place la CSU, en améliorant sa mise en œuvre, en contrôlant les progrès et en rendant compte de ces derniers.

16 Ibid.

17 *Déclaration politique issue de la réunion de haut niveau sur la couverture sanitaire universelle*, A/Res/74/2 (2019), § 13.

18 OMS et UNICEF, *Cadre opérationnel pour les soins de santé primaires : de l'ambition à l'action* (Genève : OMS, 2020) : [apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/351687/9789240023406-fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/351687/9789240023406-fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y).

19 OMS. *Soins de santé primaires* (2021). [www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care](https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care)

Les fonctions essentielles des parlementaires – **législation, budgétisation, contrôle parlementaire et représentation des intérêts des citoyens** – ont une importance déterminante pour la mise en œuvre exhaustive de la CSU. Nous reviendrons sur ce point qui sera approfondi dans les différentes sections du guide.

Il est particulièrement important d'agir aussi vite que possible et de lancer la réforme sans attendre que des circonstances idéales soient réunies. Il convient de saisir les occasions politiques et de profiter de mouvements sociaux solidaires pour faire avancer la réalisation de la CSU.

## 2.4 Suggestions d'actions à mener par les parlementaires

- Préconisez l'adoption de la CSU comme objectif national et encouragez le dialogue sur la méthode à appliquer pour mettre la CSU en place et relever le défi d'une mise en œuvre réussie.
- Recherchez des mécanismes parlementaires et nationaux, dans le parlement et en dehors, qui traitent de différents aspects de la CSU :
  - S'il n'existe pas de mécanismes de ce type, envisagez d'en créer et participez à leurs travaux.
  - Recherchez les participations parlementaires antérieures à des groupes de travail gouvernementaux sur la santé et les questions sanitaires.
  - Exploitez les leçons tirées de ces participations pour informer et guider les travaux du parlement à l'appui de la mise en œuvre de la CSU.
- Mettez la question de la CSU à l'ordre du jour des commissions parlementaires compétentes (santé, économie, éducation, affaires sociales, lutte contre la pauvreté, coopération internationale, etc.).
- Assurez-vous que les avancées en matière de CSU font l'objet d'un suivi en même temps que celles des autres cibles et des indicateurs des ODD, afin de mesurer les progrès et de garantir que des rapports sont soumis à l'examen du parlement.
- Utilisez les données relatives à l'accès à des services essentiels de santé publique de qualité et à la charge financière que représentent les dépenses de santé afin de plaider en faveur d'une mise en œuvre plus dynamique de la CSU dans le cadre des investissements économiques. Ces données seront ventilées entre unités géographiques du pays reflétant les niveaux administratifs décisionnels ainsi qu'entre milieu rural et urbain, sexes, tranches d'âge, et un éventail de critères d'équité comme le revenu, l'éducation, la profession, le statut de migrant, etc.
- Veillez à ce que le secrétariat parlementaire ait les moyens de réunir systématiquement des informations pertinentes sur la CSU et sa mise en œuvre, et que la bibliothèque parlementaire ait les capacités et les ressources nécessaires pour fournir aux parlementaires des dossiers et des analyses sur la CSU, et inclue des informations sur la CSU dans les dossiers fournis aux nouveaux parlementaires après leur élection.

### 3. Législation relative à la couverture sanitaire universelle



Des personnes appartenant à l'ethnie E'ñepa regardent le personnel de santé qui s'occupe des patients dans le bidonville de Chaviripa, dans le secteur de Maniapure (État de Bolivar), à 595 km au sud-est de Caracas. © Federico PARRA / AFP

#### 3.1 La finalité des lois relatives à la couverture sanitaire universelle

La CSU est un engagement politique inscrit dans des résolutions de l'UIP et de l'Assemblée générale des Nations Unies. Cet engagement ne peut cependant être tenu sans fondement juridique. C'est la raison pour laquelle, la Déclaration politique des Nations Unies issue de la réunion de haut niveau sur la CSU note « qu'il est vital, pour mettre en place la couverture sanitaire universelle, de renforcer les cadres législatifs et réglementaires et les institutions<sup>20</sup> ». De même, la résolution de l'UIP, *Réaliser l'objectif de couverture sanitaire universelle d'ici 2030: le rôle des parlements pour garantir le droit à la santé*, adoptée lors de la 141<sup>e</sup> Assemblée de l'UIP, exhorte les parlements

<sup>20</sup> Nations Unies, *Déclaration politique issue de la réunion de haut niveau sur la couverture sanitaire universelle*, A/Res/74/2 (2019).

## Messages clés sur la législation relative à la CSU

- Un solide cadre législatif est la pierre angulaire d'un système de soins de qualité et un élément indispensable de la CSU.
- Les parlements ont trois grands rôles à jouer lorsqu'ils légifèrent sur la CSU : passer en revue la législation en vigueur, adopter de nouvelles lois et veiller à ce que la législation soit correctement appliquée et évaluée.
- Des lois efficaces appuieront la réalisation de la CSU par les moyens suivants :
  - en créant un droit à la santé et en fournissant un ensemble de mesures juridiquement contraignantes
  - en dotant les systèmes de santé des outils nécessaires pour planifier, exécuter et réviser les mesures relatives à la CSU
  - en définissant le rôle des différents acteurs de la société dans la réalisation de la CSU.
- Certaines lois dont l'élaboration n'a pas directement pris en compte la CSU ou les questions de santé peuvent néanmoins avoir un impact sur la réalisation de l'objectif de CSU (positif ou négatif).
- Il convient de classer les services de santé par ordre de priorité, en veillant à étendre à tous la couverture des services à haute priorité et en s'assurant que les groupes de population les plus vulnérables et les plus marginalisés ne sont pas laissés de côté.
- Les parlements peuvent tirer des enseignements des expériences d'autres pays ayant mis en place une CSU avec succès.

« à mettre en place un cadre juridique solide pour la CSU, à assurer la mise en œuvre effective de la législation sur la CSU dans les faits, et à veiller à ce que le droit de chacun à la santé et aux soins médicaux publics soit garanti à tous sans distinction, en droit comme en pratique<sup>21</sup> ».

La CSU a besoin d'un cadre juridique solide parce qu'un tel cadre crée un ensemble de droits, de mécanismes de protection, de normes et d'obligations, de modalités institutionnelles et organisationnelles, qui sont tous nécessaires pour concrétiser l'engagement politique de la CSU. Ensemble, divers instruments juridiques, comprenant des lois, règlements et jurisprudences composent ce que l'on appelle la « législation relative à la CSU<sup>22</sup> ». Ces instruments sont nécessaires, dans la mesure où la CSU concerne un large éventail de questions, comme le montre l'infographie élaborée par l'OMS (voir pages 22-23).

Pour l'élaboration et l'adoption de lois relatives à la CSU, il convient de prendre au moins deux critères en ligne de compte : la réalisation des trois objectifs de la CSU d'accès,

21 UIP. *Réaliser l'objectif de couverture sanitaire universelle d'ici 2030 : le rôle des parlements pour garantir le droit à la santé*, résolution adoptée lors de la 141<sup>e</sup> Assemblée de l'UIP (2019).

22 Par « législation relative à la CSU » on entend tout instrument juridiquement contraignant tels que les lois votées par les autorités législatives (parlement), les règles et règlements administratifs mis en place par des autorités administratives (ministères) et les décisions jurisprudentielles rendues par les autorités judiciaires (jugements des tribunaux).

de qualité et d'abordabilité (finalité) et des éléments visant à faciliter la mise en œuvre (moyen). Il s'agira, par exemple, de lois visant à renforcer les systèmes de santé, à faciliter des partenariats efficaces et à promouvoir des solutions appropriées au contexte national. Sans ces lois, les engagements relatifs à la CSU resteront superficiels, en l'absence de mécanismes de transformation de la vision de la CSU en mesures concrètes.

Pour être efficaces, les lois sur la CSU pourront :

- créer un droit à la santé et fixer un ensemble de mesures juridiquement contraignantes (c'est-à-dire obligatoires) à l'appui d'un accès universel aux soins de santé, de la protection des patients contre le risque financier et de la garantie de la qualité des soins, en prêtant une attention particulière aux groupes de population les plus vulnérables et les plus marginalisés ;
- doter les systèmes de santé des outils nécessaires pour planifier, exécuter et réviser les mesures relatives à la CSU, par exemple en assignant clairement les rôles et responsabilités, en allouant les ressources nécessaires ou en prévoyant des mécanismes de coordination, de participation<sup>23</sup>, de transparence et de reddition de comptes ;
- définir le rôle de tous ceux qui interviennent dans la mise en œuvre de la CSU, y compris en réglementant et en encadrant les partenariats avec le secteur privé ;
- prévoir des solutions juridiques adaptées à chaque pays, prenant en compte les besoins, les obligations en matière de droits de l'homme, l'histoire, le système juridique, les capacités et les ressources propres au contexte national.

Outre les lois conçues spécialement pour réaliser l'objectif de CSU, d'autres textes législatifs, qui ne portent pas directement sur des questions sanitaires, pourront avoir un effet positif (ou négatif) sur la CSU (lois sur la sécurité sociale, sur le logement, l'aménagement du territoire, les droits de l'homme, les licences et permis, etc.).

## 3.2 Élaboration de lois qui appuient la réalisation de la couverture sanitaire universelle

Les parlements, qui sont au cœur du processus législatif, ont un rôle à jouer tout au long de l'élaboration des lois : il leur revient de déterminer les lois qui sont nécessaires, d'aider à les hiérarchiser, de proposer ou de voter ces lois, de contrôler leur application et d'évaluer leur impact sur la CSU.

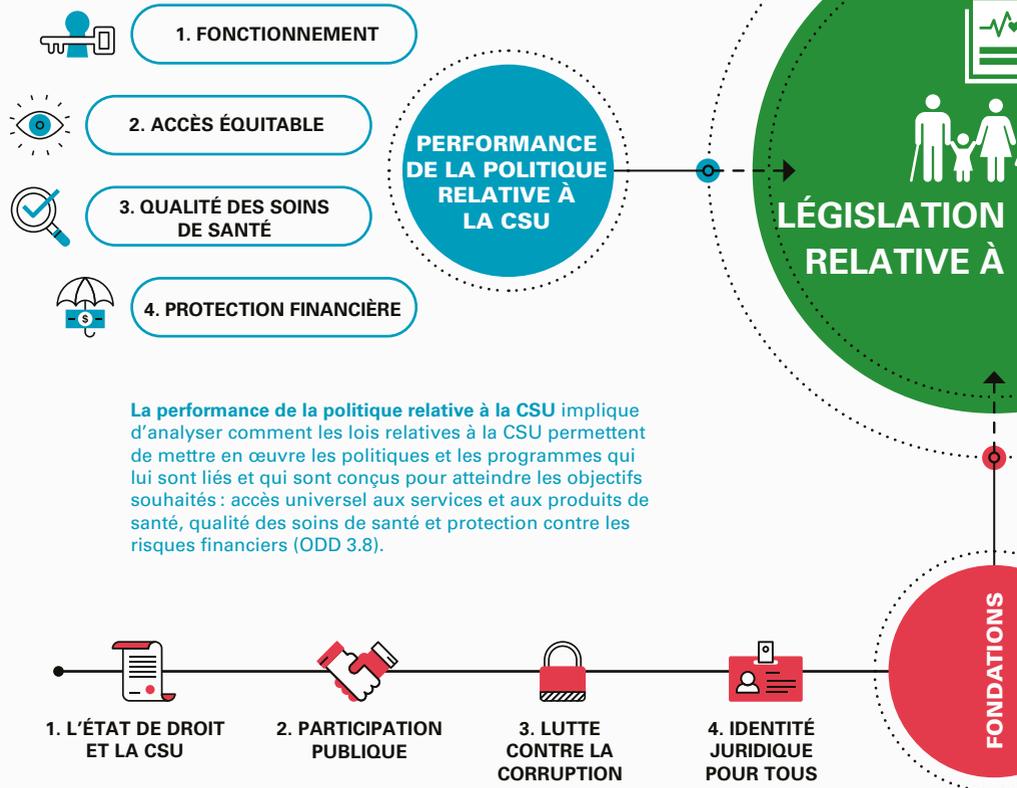
---

23 OMS, *Voice, agency, empowerment – handbook on social participation for universal health coverage* (Genève : OMS, 2021) : [apps.who.int/iris/handle/10665/342704](https://apps.who.int/iris/handle/10665/342704).

Figure 3.1 **Infographie sur la législation relative à la CSU**

**La législation relative à la CSU désigne** toute règle juridique existante et applicable qui réglemente la CSU dans un pays, notamment : les lois écrites formelles telles que les lois statutaires (adoptées par un organe législatif tel qu'un parlement), les lois réglementaires et administratives (adoptées par les autorités exécutives du gouvernement), les contrats, la jurisprudence (décisions de justice) et le droit coutumier.

**La législation relative à la CSU fonctionne en** fournissant les moyens de créer le cadre institutionnel de celle-ci, composé des principes de la CSU, des systèmes de règles nécessaires à la CSU, de la capacité juridique, des droits et des relations, des cadres organisationnels et des partenariats.



1. ACCEPTATION



2. AUTORITÉ



3. CAPACITÉ



**Le contexte national de la réforme législative relative à la CSU est essentiel pour comprendre le travail inhérent à la législation relative à la CSU. Il comprend le contexte du secteur de la santé, le contexte juridique et réglementaire, et le contexte politique de la réforme. Il est essentiel de déterminer si la réforme législative relative à la CSU est réalisable, si la réforme proposée est acceptée (ou rejetée), si l'autorisation d'agir est accordée (notamment de la part des décideurs politiques) et si le pays a la capacité de mener à bien le travail (s'il a la capacité d'élaborer, de mettre en œuvre et d'administrer la ou les lois prévues).**

LA CSU

PARTENARIAT

1. FONCTIONNEMENT



2. GOUVERNANCE DE LA PRESTATION DE SERVICES DU SECTEUR PRIVÉ



3. RÉGLEMENTER LES INTERACTIONS PUBLIC-PRIVÉ



4. GOUVERNANCE DES PARTENARIATS PUBLIC-PRIVÉ



**Le partenariat avec le secteur privé pour la CSU dépend de la capacité des gouvernements à exercer une gouvernance efficace sur le secteur privé, notamment en formulant des politiques publiques sur le rôle du secteur privé, en comprenant le fonctionnement du secteur privé dans leur pays et le fonctionnement des marchés de la santé de leur pays et en mettant en œuvre une politique publique sur la contribution du secteur privé à la santé à l'aide d'une variété d'instruments juridiques.**

5. RESPONSABILITÉ ET TRANSPARENCE



6. ACCÈS À L'INFORMATION



7. LOIS VISANT À PRÉVENIR LA DISCRIMINATION



Les parlements travaillent en partenariat avec d'autres autorités. Ils n'ont cependant pas toujours des rôles semblables selon le contexte. Dans certains pays (pays de droit civil généralement), les parlements pourront prendre l'initiative de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques, tandis que dans d'autres (États de « common law ») les gouvernements décident des politiques dont l'application est définie par des lois. La bonne connaissance des institutions et du contexte propres à un pays sera donc très utile pour déterminer le mode d'action le plus adapté – savoir, par exemple, qui a le pouvoir de présenter des projets ou propositions de lois, qui intervient dans la rédaction des lois et comment se déroule le processus législatif.

Les parlements, à l'instar de toute autorité intervenant dans l'élaboration des politiques, ont trois rôles importants et distincts à jouer dans la réalisation de la CSU : évaluer, adopter et appliquer. Chacune de ces étapes nécessite l'intervention d'une série de parties prenantes, relevant du secteur privé, du monde universitaire ou de la société civile<sup>24</sup>. La participation de ces parties prenantes, qui sont à même de fournir des réflexions précieuses sur la pertinence des lois en place ou leur efficacité, est essentielle à la compréhension des besoins des populations et des obstacles qu'elles rencontrent pour avoir accès à des soins de santé de qualité sans encourir de difficultés financières.

Pendant la phase de hiérarchisation, il sera utile de s'inspirer de l'expérience de pays comparables en termes de système de santé, structures socio-économiques et produit intérieur brut (PIB) qui ont procédé à une mise en place réussie de la CSU.

### 3.2.1 Évaluation des lois relatives à la couverture sanitaire universelle

#### Questions proposées à la réflexion des parlementaires

- Existe-t-il des obstacles juridiques à la réalisation de la CSU ou des lacunes dans les lois en place (législation complète : droit législatif, code pénal, droit administratif et jurisprudence) ? Certains groupes de population subissent-ils une discrimination ou une privation de droits, en raison de leur statut juridique ou social ? Certains prestataires de services sont-ils dispensés des obligations en matière de qualité des soins ? Le coût des services de santé essentiels est-il géré avec efficacité pour toutes les catégories de prestataires ?
- Les lois en vigueur sont-elles correctement appliquées et mises en œuvre ? Si ce n'est pas le cas, pourquoi ? Est-ce dû à un manque de ressources, à une absence de volonté politique, à un mandat trop flou ou à des capacités limitées ?
- Les lois en vigueur (si elles sont appliquées) assurent-elles effectivement un accès universel aux soins de santé, une protection du risque financier et une bonne qualité des soins ?
- Les lois en vigueur, de par leur finalité ou leur effet, entravent-elles l'accès aux services de santé de populations qui sont stigmatisées ou en situation de vulnérabilité (migrants fuyant un conflit armé, par exemple).

<sup>24</sup> La Déclaration de haut niveau sur la CSU souligne l'importance de l'association de parties prenantes au processus politique. Le paragraphe 58 stipule ainsi : « Améliorer les capacités réglementaires et renforcer un dispositif réglementaire et législatif, dans le souci de l'éthique et du principe de responsabilité, qui permette l'inclusion de toutes les parties prenantes, y compris les fournisseurs publics et privés, favorise l'innovation, protège contre les conflits d'intérêts et les abus d'influence, et répond aux besoins en constante évolution dans une période de changement technologique rapide ».

Les pays qui cherchent à mettre la CSU en place doivent savoir en quoi leur cadre juridique peut avoir une influence positive ou négative sur les efforts déployés dans ce but. De ce fait, il incombe au parlement de s'assurer en premier lieu que les autorités compétentes (ministère de la Santé ou parlement lui-même) font tout ce qu'elles peuvent pour évaluer la prise en compte de la CSU dans les lois en vigueur. Cela implique, en particulier, d'évaluer le cadre juridique national pour déterminer les éventuels obstacles à la CSU ou les lacunes à combler. Cette évaluation devra porter sur la teneur effective des lois et la façon dont elles sont appliquées, et comprendre également une étude de leur impact dans la pratique en matière d'accès aux soins, de qualité des soins et de la protection contre le risque financier lié aux services de santé. Il convient de prêter une attention particulière à la façon dont les lois en vigueur répondent aux besoins des groupes de population les plus vulnérables et les plus marginalisés, ainsi qu'à leur impact sexospécifique.

Afin d'obtenir une vision exhaustive des lois relatives à la CSU dans le pays, l'évaluation devra porter sur les points suivants :

- la formulation des lois dans les quatre domaines que souligne l'infographie sur la législation relative à la CSU (performance de la politique relative à la CSU, contexte propre au pays, partenariats et fondations) (voir la figure 3.1)
- le cadre institutionnel et organisationnel entourant ces lois
- le point de vue des principales parties prenantes sur la pertinence et l'efficacité des lois relatives à la CSU (par ex. l'efficacité de leur application et leur contribution effective à la réalisation de la CSU).

### **3.2.2 Adoption de lois relatives à la couverture sanitaire universelle**

#### **Questions proposées à la réflexion des parlementaires**

- Quelles sont les solutions juridiques à étudier pour améliorer l'accès aux soins de santé, assurer une protection contre le risque financier et garantir la bonne qualité des soins ?
- Auxquelles de ces solutions faudrait-il donner la priorité dans votre pays, compte tenu des besoins de la population (et en particulier des groupes les plus vulnérables et les plus marginalisés), des priorités politiques, du rapport coût-efficacité des divers services de santé et de la capacité du pays à mettre en œuvre les mesures envisagées ?
- Au lieu de légiférer, serait-il possible de recourir à une autre méthode qui serait plus efficace pour atteindre cet objectif (par exemple une meilleure application des dispositions en vigueur ou une meilleure coordination de la prestation des services de santé).

Une fois que le parlement a acquis une bonne compréhension des atouts et des faiblesses du cadre juridique en place, l'étape suivante consiste à s'assurer que les autorités compétentes (ministère de la Santé ou parlement lui-même) élaborent des lois qui promeuvent la CSU. Dans cette optique, il faudra s'appuyer sur les résultats de l'évaluation pour proposer, hiérarchiser et promouvoir des solutions législatives de mise en place de la CSU.

En décidant des mesures à prendre, il s'agira de tenir compte des points suivants :

- les besoins mis en lumière par l'évaluation (obstacles juridiques à lever ou lacunes à combler, et degré de couverture des différents groupes de populations et zones géographiques) par les lois en vigueur relatives à la CSU ;
- modes d'action (quelles sont les autorités - législatives ou administratives - les mieux placées pour prendre les mesures légales nécessaires ? Le cas échéant, les autorités infranationales remplissent-elles leurs fonctions d'élaboration et d'application de textes législatifs ?) ;
- exploitation des données et de la science (besoins de la population en matière de santé et mesures ayant le meilleur rapport coût-efficacité pour y répondre) ;
- contexte national (priorités politiques, besoins de la population - et en particulier des groupes les plus vulnérables et les plus marginalisés - et capacités humaines, financières et techniques nécessaires pour appliquer les solutions proposées au moment de l'évaluation).

Dans le cadre de l'adoption de textes législatifs sur la CSU, les autorités compétentes se doivent de respecter certains principes<sup>25</sup> :

- dans la formulation des politiques, donner la priorité aux améliorations concernant les groupes vulnérables et marginalisés : il convient en effet d'inclure ces groupes dès le départ (y compris dans les discussions portant sur la rédaction des textes législatifs) et de prévoir explicitement des dispositions les concernant ;
- classer les services de santé par ordre de priorité, en tenant compte des besoins de la population. De même, il convient de donner la priorité à la législation et aux actes connexes du parlement stipulant clairement que les interventions sanitaires à haute priorité doivent être accessibles à chacun ;
- plus un service est important et plus il est important qu'il ait une couverture universelle. Plutôt que de prévoir, dès le départ, la couverture d'un très large éventail de services de santé, il convient de prendre toutes les mesures raisonnables pour que tout un chacun soit concerné aussi vite que possible par les services les plus importants.

Enfin, au moment de l'adoption de nouvelles lois, les autorités compétentes doivent s'assurer que le cadre juridique reste cohérent et facile à appliquer, en vérifiant l'absence de failles ou de contradictions entre les différentes sources de législation qui pourraient empêcher une mise en œuvre efficace. Il faudra, par exemple, repérer et supprimer les lois en vigueur susceptibles d'entraver les efforts de mise en place de la CSU (parce qu'elles ne sont pas fondées sur des faits probants relatifs à la santé publique, ne respectent pas les principes des droits de l'homme, etc.).

---

25 OMS, *Faire des choix justes pour une couverture sanitaire universelle : rapport final du Groupe Consultatif de l'OMS sur la couverture sanitaire universelle et équitable* (Genève : OMS, 2014) : [apps.who.int/iris/handle/10665/185069](https://apps.who.int/iris/handle/10665/185069).

## Solutions juridiques à envisager pour promouvoir l'instauration de la CSU

### Assurer un accès équitable

#### Solutions juridiques à envisager

- Législation donnant à toute personne relevant de la juridiction de l'État le droit d'accéder aux services de santé et aux produits sanitaires (en vertu de droits constitutionnels ou d'une autre source de législation comme le droit de la santé)
- Législation veillant à ce que personne ne puisse se voir refuser l'accès à des soins de santé ou des produits sanitaires pour un motif de race, d'origine nationale ou ethnique, de couleur de peau, de religion, d'âge, de sexe, d'orientation sexuelle, d'identité ou d'expression de genre, de statut marital, de statut familial, de caractéristiques génétiques, de handicap, ou de comportement ou statut (s'agissant par ex. de professionnels du sexe, de toxicomanes ou de prisonniers/détenus)
- Législation supprimant les lois discriminatoires empêchant l'accès aux soins de santé de groupes de population vulnérables et marginalisés
- Législation garantissant que toutes les informations sanitaires sont traitées en toute confidentialité et consacrant le droit individuel à la vie privée
- Législation établissant un mécanisme de dépôt d'une réclamation, facile et gratuit, en cas de refus d'accès à des soins de santé ou à des produits sanitaires, et conférant au prestataire de soins l'obligation de répondre rapidement à toute réclamation.

#### Exemples nationaux

- **Portugal**: La loi 30/2000 de novembre 2000 décriminalisant la consommation, l'acquisition et la possession de drogues pour un usage personnel<sup>26</sup>. Cette mesure a étendu l'accès aux services de santé aux toxicomanes et conduit à une baisse des infections par VIH et hépatite C et des décès liés à la consommation de drogue, sans entraîner l'augmentation d'usage de drogue qui était attendue.
- **Afrique du Sud**: La loi sur la santé nationale instaure un système de santé public-privé structuré qui fournit des services de santé équitables.
- **Thaïlande**: En application du paragraphe 47 de la Constitution thaïlandaise, toute personne dispose d'un droit d'accès aux services de santé publique fournis par l'État, tandis que les démunis ont accès gratuitement à ces services<sup>27</sup>.

### Assurer la qualité des soins

#### Solutions juridiques à envisager

- Législation mettant en place l'obligation d'obtenir une autorisation ou une certification pour diriger un centre de santé ou exercer la profession de médecin ou d'infirmier
- Législation établissant des normes obligatoires pour les centres de santé et établissements connexes ainsi que pour la prestation des services, y compris la délivrance de médicaments, de vaccins et d'autres produits sanitaires (par ex.

26 European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), *Portugal Country Drug Report 2019* (Lisbon: EMCDDA, 2019), 5: [www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/11331/portugal-cdr-2019\\_0.pdf](http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/11331/portugal-cdr-2019_0.pdf).

27 OMS, *Législation relative à la CSU en pratique: Droits juridiques d'accès aux soins de santé, Profil national, Thaïlande* (Genève: OMS, 2019) (en anglais): [apps.who.int/iris/handle/10665/331626](https://apps.who.int/iris/handle/10665/331626).

normes relatives aux aspects techniques de la qualité des soins et de la sécurité des patients, directives sur la prestation des services et la pratique clinique, et règles portant sur les approches de prestation de soins axées sur la personne)

- Législation régissant la prestation des soins de santé (par ex. règles portant sur la définition, le contrôle et l'évaluation de la contribution du secteur privé à la prestation des soins de santé et, plus généralement, sur le fonctionnement du marché des soins de santé).

#### Exemples nationaux

- **Ghana** : Les professions de santé sont réglementées et les établissements sont autorisés en vertu d'une loi du Parlement et encadrés par des normes supervisées par les plus hautes instances médicales et sanitaires du pays.

### **Assurer une protection financière**

#### Solutions juridiques à envisager<sup>28</sup>

- Législation servant de base à l'établissement d'un régime de prestations de santé et à la création de droits aux services.

#### Exemples nationaux

- **Japon** : Des programmes de réduction de la part restant à charge ont été introduits pour limiter les risques de paiements directs susceptibles d'être catastrophiques pour différents groupes de population et de malades (les patients souffrant de certaines maladies chroniques ou incurables bénéficient de taux réduits de co-assurance quand ils s'adressent à des prestataires de soin agréés). En outre, les personnes vivant en dessous du seuil de pauvreté sont couvertes par le système de sécurité sociale (Articles 15 et 34 de la Loi sur l'assistance publique) et ont droit à des services de santé gratuits (prise en charge totale des pouvoirs publics)<sup>29</sup>.

## **3.2.3 Application et évaluation des lois relatives à la couverture sanitaire universelle**

### **Questions proposées à la réflexion des parlementaires**

- Les lois en vigueur sont-elles correctement appliquées ? Les ressources servant à leur mise en œuvre sont-elles suffisantes ?
- Existe-t-il des mécanismes d'évaluation régulière de l'impact des lois sur la CSU ? Ces mécanismes sont-ils effectivement mis en œuvre ?
- À quelle date remonte la dernière évaluation des lois de votre pays sur la CSU ?
- Existe-t-il de nouveaux services de santé auxquels il faudrait donner la priorité ou y a-t-il de nouveaux groupes de population dont il faudrait tenir compte ?

La législation est un outil et non une fin en soi. Les lois conçues pour réaliser la CSU ne seront efficaces que si elles sont appliquées et si elles améliorent effectivement l'accès à des services de santé essentiels de qualité sans entraîner de difficultés financières. Les parlements ont donc un troisième rôle qui consiste à s'assurer que les autorités compétentes

<sup>28</sup> Pour plus ample information, voir la section 4 du présent guide qui traite de l'aspect financier.

<sup>29</sup> OMS, *Législation relative à la CSU en pratique : Droits juridiques d'accès aux soins de santé, Profil national, Japon* (Genève : OMS, 2019) (en anglais) : [apps.who.int/iris/handle/10665/331624](https://apps.who.int/iris/handle/10665/331624).

appliquent efficacement les lois en vigueur et à évaluer l'impact de ces lois sur la progression de l'objectif de CSU. Les législateurs pourraient penser que le travail est terminé une fois que la loi est votée. Mais leur rôle ne se limite pas à la simple adoption d'une loi.

En effet, l'action des parlements est essentielle pour s'assurer que les lois sont correctement appliquées et débouchent effectivement sur la réalisation de la CSU. Leur rôle de contrôle et de reddition des comptes est étudié à la section 5 qui porte sur la supervision et la redevabilité.

Nous vivons dans des contextes volatiles, dans lesquels des besoins nouveaux surviennent périodiquement, à l'instar de ceux créés par la récente pandémie de COVID-19. De ce fait, les parlements se doivent de réévaluer régulièrement les cadres juridiques et de les modifier pour s'assurer qu'ils continuent à promouvoir la réalisation de la CSU.

### 3.3 Suggestions d'actions à mener par les parlementaires

- Passer en revue les efforts précédemment déployés en rapport avec la CSU et déterminez pourquoi ils n'ont pas été couronnés de succès. Voyez s'il est possible de les réactiver.
- Recenser les éventuelles lacunes législatives susceptibles de freiner la CSU en passant en revue les lois en vigueur qui mentionnent la CSU ou des questions connexes.
- Défendre l'idée d'assortir la législation d'une évaluation (qui portera notamment sur l'impact, l'égalité des sexes et les droits de l'homme) sur la façon dont la loi affectera la mise en œuvre de la CSU.
- Donner la priorité à la législation qui énonce clairement que les interventions sanitaires urgentes doivent être accessibles à chacun.
- Compléter la recherche et l'analyse en organisant des travaux en commission et des auditions de sorte que les partenaires potentiels (organisations de la société civile (OSC), universités, OMS, autres organismes des Nations Unies et autres spécialistes de la CSU) aient l'occasion de faire part de leurs connaissances et de leurs expériences effectives des questions de mise en œuvre de la CSU.
- Travailler avec des groupes de population vulnérables et marginalisés afin de les inclure dans le processus législatif et de vous assurer qu'ils sont bien pris en compte par la loi<sup>30</sup>.
- Tirer des enseignements de l'expérience d'autres pays ayant des structures sanitaires et socio-économiques ainsi qu'un PIB similaires à ceux de votre pays et qui ont réussi à progresser vers la CSU, en concertation avec l'OMS, d'autres organisations des Nations Unies, des universités et d'autres spécialistes de la CSU à l'échelle mondiale.

---

30 OMS, *Faire des choix justes pour une couverture sanitaire universelle: rapport final du Groupe Consultatif de l'OMS sur la couverture sanitaire universelle et équitable* (2015), pages 30 et 40.

## 3.4 Ressources supplémentaires

### Contribution de la législation à l'objectif de CSU

- OMS, Infographie « Législation relative à la CSU », 18 décembre 2019 : [cdn.who.int/media/docs/default-source/health-system-governance/uhc-law-infographic\\_fr.pdf?sfvrsn=64c5dd5d\\_15&download=true](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/health-system-governance/uhc-law-infographic_fr.pdf?sfvrsn=64c5dd5d_15&download=true)

### Hiéarchisation, adoption, contrôle et évaluation des lois relatives à la CSU

- OMS, *Faire des choix justes pour une couverture sanitaire universelle : rapport final du Groupe Consultatif de l'OMS sur la couverture sanitaire universelle et équitable* (Genève : OMS, 2015) : [apps.who.int/iris/handle/10665/185069](https://apps.who.int/iris/handle/10665/185069).
- OMS, *Anchoring universal health coverage in the right to health: What difference would it make? Policy brief* (Genève : OMS, 2015) : [apps.who.int/iris/handle/10665/199548](https://apps.who.int/iris/handle/10665/199548)
- OMS, *Strategizing national health in the 21st century: A handbook* (Genève : OMS, 2016) : [apps.who.int/iris/handle/10665/250221](https://apps.who.int/iris/handle/10665/250221) (voir le chapitre 10 : Law, regulation and strategizing for health)
- OMS, *Législation relative à la CSU en pratique : Droits juridiques d'accès aux soins de santé, Introduction* (Genève : OMS, 2022) : [apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/362084/9789240056251-fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/362084/9789240056251-fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
  - OMS, *Législation relative à la CSU en pratique : Droits juridiques d'accès aux soins de santé, Profil national, Allemagne* (Genève : OMS, 2022) : [apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/362270/9789240056497-fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/362270/9789240056497-fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
  - OMS, *Législation relative à la CSU en pratique : Droits juridiques d'accès aux soins de santé, Profil national, Japon* (Genève : OMS, 2019) (en anglais) : [apps.who.int/iris/handle/10665/331624](https://apps.who.int/iris/handle/10665/331624)
  - OMS, *Législation relative à la CSU en pratique : Droits juridiques d'accès aux soins de santé, Profil national, Kenya* (Genève : OMS, 2022) : [apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/362083/9789240056398-fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/362083/9789240056398-fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
  - OMS, *Législation relative à la CSU en pratique : Droits juridiques d'accès aux soins de santé, Profil national, Thaïlande* (Genève : OMS, 2019) (en anglais) : [apps.who.int/iris/handle/10665/331626](https://apps.who.int/iris/handle/10665/331626)
- OMS, *Voice, agency, empowerment – handbook on social participation for universal health coverage* (Geneva : OMS, 2021) : [apps.who.int/iris/handle/10665/342704](https://apps.who.int/iris/handle/10665/342704)

## Droit à la santé

- Nations Unies, Comité des droits économiques, sociaux et culturels<sup>31</sup>, *Observation générale n° 14 (2000) : Le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint (art. 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels)*, E/C.12/2000/4, 11 août 2000 : [documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G00/439/35/pdf/G0043935.pdf?OpenElement](https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G00/439/35/pdf/G0043935.pdf?OpenElement)
- *Comité des droits économiques, sociaux et culturels, Observation générale n° 22 (2016) sur le droit à la santé sexuelle et procréative (art. 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels)*, E/C.12/GC/22, 2 mai 2016 : [documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G16/089/33/pdf/G1608933.pdf?OpenElement](https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G16/089/33/pdf/G1608933.pdf?OpenElement)

## Évaluation de l'aspect juridique

- L'OMS travaille actuellement à l'élaboration d'un outil complet d'évaluation de l'aspect juridique afin d'aider les pays dans cet exercice. Les indicateurs sont organisés en quatre domaines :
  - Performance de la politique relative à la CSU : les indicateurs mesurent la capacité juridique du pays à réaliser les trois objectifs de la CSU (accès universel aux soins, protection contre le risque financier et qualité des soins)
  - Fondements de la CSU : les indicateurs évaluent l'environnement juridique et son bon fonctionnement afin de déterminer s'il est propice à l'élaboration, la mise en œuvre et l'application de lois directement favorables à la mise en place de la CSU (état de droit, transparence, mécanismes de lutte contre la corruption et de reddition des comptes, accès à la justice)
  - Partenariats autour de la CSU : les indicateurs portent sur l'étendue et le mode d'intervention du secteur privé pour la CSU
  - Élaboration, mise en œuvre et application de la politique relative à la CSU : les indicateurs mesurent la qualité du processus d'élaboration, de mise en œuvre et d'évaluation des lois et l'impact effectif des lois sur la réalisation de la CSU (sans se limiter à la qualité « théorique » des lois sur le papier).

Ces indicateurs seront mis à jour au fur et à mesure de l'arrivée de nouvelles données.

---

<sup>31</sup> Le Comité des droits économiques, sociaux et culturels est l'organe conventionnel chargé de contrôler la mise en œuvre au niveau national du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, en particulier du droit à la santé. Le comité passe régulièrement en revue les avancées dont il rend compte dans des Observations finales formulées à la fin de l'examen de pays.

## 4. Financement de la santé à l'appui de la couverture sanitaire universelle



Un médecin effectue des contrôles de santé sur des nomades en Turquie. © Omer Yasin Ergin/ Anadolu Agency via AFP

### 4.1 L'importance des politiques de financement de la santé pour la couverture sanitaire universelle

Le financement des services de santé est essentiel pour la réalisation de la CSU. La politique de financement de la santé intervient directement sur deux aspects de la CSU : la couverture des services et la protection financière. C'est d'elle que dépend la qualité des services de santé et le fait que les patients soient ou non en mesure de recourir à des soins quand ils en ont besoin<sup>32</sup>.

32 OMS, *Rapport sur la santé dans le monde 2010, Le financement des systèmes de santé : Le chemin vers une couverture universelle* (OMS, 2010) : [apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44372/9789242564020\\_fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44372/9789242564020_fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y).

## Messages clés sur le financement de la santé à l'appui de la CSU

- La politique nationale de financement de la santé a une influence directe sur le degré de la protection financière et la couverture des services de soin.
- La protection financière, qui est un élément clé de la CSU est assurée si les conditions suivantes sont réunies :
  - i. il n'y a pas d'obstacle financier empêchant l'accès aux soins, et
  - ii. les paiements directs nécessaires à l'obtention de services de santé ne créent pas de difficultés financières.
- En 2017, près de 1 milliard de personnes se sont trouvées confrontées à des restes à charge catastrophiques et, au total, le nombre des personnes qui ont rencontré des difficultés financières est de l'ordre de 1,4 à 1,9 milliard.
- Les parlementaires ont aussi un rôle de premier plan à jouer dans le financement alloué à la CSU (pour la protection financière et la couverture des services), en soutenant des politiques qui visent à :
  - augmenter les fonds consacrés à la CSU (par une orientation prioritaire des ressources publiques et des prélèvements obligatoires vers le financement de la santé, selon le principe « davantage d'argent pour la santé »)
  - améliorer la protection financière dans le domaine de la santé (par une attention prioritairement portée aux besoins des groupes les plus vulnérables
  - obtenir que les organismes gouvernementaux rendent des comptes sur l'efficacité de l'emploi des ressources allouées à la santé, selon le principe « davantage de santé pour l'argent »).
- Indépendamment des catégories de revenu, les pays ont tous la possibilité de faire d'importants progrès dans la réalisation de la CSU en allouant davantage de fonds publics à la santé, en luttant contre la fragmentation des fonds dans le cadre de la mutualisation, afin que la répartition des fonds corresponde au mieux aux besoins, et en les dépensant plus efficacement.

La protection financière est au cœur de la CSU. Elle constitue l'un des objectifs finaux du système de santé puisqu'elle permet à toute personne d'accéder aux services dont elle a besoin sans réduire son niveau de vie et sans être acculée à la pauvreté à cause de paiements qui restent à sa charge.

*La résolution de l'UIP Réaliser l'objectif de couverture sanitaire universelle d'ici 2030: le rôle des parlements pour garantir le droit à la santé, adoptée lors de la 141<sup>e</sup> Assemblée de l'UIP, appelle les parlements à « mettre en place une protection financière afin de réduire les paiements directs pour les services de santé et d'éliminer les obstacles financiers qui entravent l'accès à la santé ».*

Les paiements directs peuvent en effet avoir des conséquences financières catastrophiques sur la situation des personnes et des familles, et aggraver les inégalités. La perspective de devoir régler directement les soins peut même dissuader des malades de recourir à des services de santé. Il existe des solutions alternatives aux paiements directs, comme les systèmes de prépaiement et de mutualisation des ressources à

des fins de santé qui peuvent contribuer à protéger les groupes de population les plus vulnérables et les plus marginalisés. Ces possibilités sont exposées plus en détail au paragraphe 4.2.2.

Il convient d'accélérer les efforts dans le domaine du financement de la santé, en particulier pour améliorer la protection financière. En effet, alors que, à l'échelle mondiale, on constate une amélioration de la couverture des services de santé essentiels, la situation se détériore du côté de la protection financière. En 2019, la couverture des services de santé essentiels atteignait 68 %. Toutefois, entre 2000 et 2017, la part de la population mondiale devant faire face à des dépenses catastrophiques a augmenté. Ainsi, en 2017 près d'un milliard de personnes se sont trouvées confrontées à des dépenses de santé catastrophiques tandis que le nombre total des personnes connaissant des difficultés financières était de l'ordre de 1,4 à 1,9 milliard selon le seuil de pauvreté utilisé pour déterminer l'effet d'appauvrissement des dépenses de santé<sup>33</sup>.

On manque de données sur le nombre de personnes confrontées à des obstacles d'ordre financier (c'est-à-dire les personnes qui n'accèdent pas aux soins en raison du coût), mais il est probable que cette catégorie soit importante, en particulier dans les pays à faible revenu, où le paiement direct est le principal système de financement de la santé. Le suivi des progrès réalisés est détaillé à la section 5 du présent guide, qui traite du contrôle et de la reddition des comptes.

C'est aussi le manque de données qui empêche de mener une évaluation exhaustive de l'impact de la pandémie de COVID-19 sur l'amélioration de la protection financière. Quoi qu'il en soit, la pandémie a des répercussions d'ordre macroéconomiques, budgétaires et sanitaires qui laissent penser que la protection financière a sérieusement reculé à l'échelle mondiale. On peut raisonnablement supposer qu'une pauvreté accrue a empêché encore plus de personnes qui en avaient besoin de rechercher des soins, tandis qu'une part croissante de la population a beaucoup dépensé pour se soigner, d'où une aggravation de l'appauvrissement.

## Termes clés

La **protection financière** est assurée quand :

- i. les paiements directs nécessaires à l'obtention de services de santé ne créent pas de difficultés financières, et
- ii. il n'y a pas d'obstacle financier empêchant l'accès aux soins.

On entend par **dépenses directes** ou **dépenses à la charge du patient** les dépenses encourues par un foyer dont un membre a recours à un service ou un produit de santé, quel que soit le type de prestataire, le type de maladie ou l'état de santé de la personne concernée, et quelles que soient les circonstances.

33 OMS et Banque internationale pour la reconstruction et le développement/Banque mondiale, *Global monitoring report on financial protection in health 2021* (Genève : OMS et Banque internationale pour la reconstruction et le développement/Banque mondiale, 2021) : [www.who.int/publications/i/item/9789240040953](http://www.who.int/publications/i/item/9789240040953).

Deux indicateurs sont utilisés pour déterminer les **difficultés financières** :

- i. Le premier mesure l'incidence des dépenses de santé qualifiées de catastrophiques, en fonction de la proportion de la population qui doit consacrer une part importante du budget du foyer au financement de la santé (ODD 3.8.2 - voir le paragraphe 5.1 du présent guide).
- ii. Le second mesure l'incidence des dépenses de santé qui provoquent un appauvrissement, étant entendu que pour les personnes pauvres ou proches du seuil de pauvreté, les paiements directs, même réduits, peuvent être une source de difficultés financières.

Un **obstacle financier** s'observe lorsqu'une personne ne peut pas accéder aux services dont elle a besoin en raison des coûts directs et indirects qui y sont associés. Les coûts directs englobent les dépenses directes sous diverses formes (par ex. frais facturés au patient, achat de services de santé et de médicaments ou fournitures purement privés, et paiements informels requis pour le personnel ou des intrants, dans le cadre de services publics garantis). Les coûts indirects comprennent les frais de transport, le coût d'opportunité de la recherche de soins, notamment les éventuelles pertes de revenu pendant la période de recherche de soins.

## 4.2 La promotion par les parlements de politiques de financement de la santé favorables à la couverture sanitaire universelle

### 4.2.1 Augmenter les fonds consacrés à la couverture sanitaire universelle (« davantage d'argent pour la santé »)

#### Questions proposées à la réflexion des parlementaires

- Le système de santé de votre pays est-il principalement financé par les recettes publiques ?
- Quelle est la part restant à la charge du patient ? Les règlements demandés au patient sont-ils sans limite, ou existe-t-il des plafonds clairement fixés pour limiter la responsabilité financière du patient vis-à-vis des services couverts ?
- Les fonds alloués au système de santé sont-ils prévisibles à moyen terme, et leur flux est-il stable et fiable de manière à faciliter tant la planification à moyen terme des investissements que le règlement régulier des salaires et des autres obligations contractuelles ?
- Quel est le mode d'établissement et d'approbation du budget du secteur de la santé ? Est-il suffisamment souple pour permettre l'adaptation aux besoins ?
- Dans le secteur de la santé, les budgets approuvés sont-ils effectivement décaissés et dépensés avec efficacité, entièrement et dans les temps impartis ?

Les prestataires de service sont-ils en mesure de recevoir, gérer et rendre compte de l'emploi des fonds ?

- Quel est le mode d'approbation et de décaissement des budgets dans le secteur de la santé ? Permet-il suffisamment de souplesse pour être efficace et faire correspondre les recettes et les besoins en matière de soins ?
- Le système d'établissement de rapports sur les dépenses du secteur de la santé est-il solide ? Assure-t-il de bonnes conditions de transparence et de reddition de comptes favorisant les résultats ?

L'accélération et la pérennité des avancées vers la couverture sanitaire universelle sont subordonnées à l'allocation de ressources suffisantes, pour faire en sorte que les services de santé essentiels soient accessibles et de bonne qualité, et que tous puissent y recourir sans rencontrer de difficultés financières. Des politiques intelligentes et ciblées sont nécessaires pour assurer l'accès aux soins et la protection financière des plus démunis. De nombreux patients resteront probablement exposés à des frais indirects (frais de transport pour se rendre au centre de soin, par ex.), et il faut donc que les politiques publiques nationales prévoient de réduire ou de compenser ces obstacles côté demande afin de garantir une progression équitable vers la CSU.

Pour le moment, on constate un écart important – de l'ordre de 20 à 54 milliards d'USD par an<sup>34</sup> – entre les dépenses actuelles des pays et les estimations du financement qui sera nécessaire à la réalisation des cibles de l'ODD pour la CSU d'ici à 2030. Cet écart pourra être réduit en levant les fonds nécessaires auprès de diverses sources nationales et internationales et en les affectant à l'ensemble de prestations défini au niveau national.

- Les **contributions obligatoires** imposent à certains, ou à tous, de payer pour des services de santé, indépendamment de leur usage. Ces contributions, prépayées, sont fondamentalement similaires à des taxes.
- Les **contributions volontaires** relèvent généralement du privé (assurances facultatives et paiements directs au moment des soins)<sup>35</sup>. Si des fonds peuvent être levés par ce biais, les contributions volontaires ont une capacité limitée s'agissant de la couverture de ceux qui sont trop pauvres pour payer. Outre le défaut d'équité que présentent ces sources de financement, aucun pays n'a jamais réussi à atteindre la CSU en faisant de l'assurance volontaire le principal mécanisme de financement<sup>36</sup>. Certes, la mobilisation de fonds substantiels par le biais d'une assurance santé volontaire est plus ou moins difficile selon les cas. On constate toutefois qu'il est extrêmement difficile d'orienter effectivement des ressources levées par ce biais vers l'ensemble de services prioritaires. Cela s'est en fait avéré impossible dans la plupart des pays. Ce mécanisme a donc plutôt pour effet de creuser le déficit de financement de la CSU, en exacerbant les inégalités de recours aux services et de protection contre les difficultés financières, et en accroissant les inefficiences du système.

34 Karin Stenberg et al., "Financing transformative health systems towards achievement of the health Sustainable Development Goals: A model for projected resource needs in 67 low-income and middle-income countries", *The Lancet Global Health*, 5/9 (2017), E875–E887 : [www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(17\)30263-2/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(17)30263-2/fulltext).

35 Matthew Jowett et Joseph Kutzin, *Raising revenues for health in support of UHC: Strategic issues for policy makers* (Genève: OMS, 2015) : [apps.who.int/iris/handle/10665/192280](http://apps.who.int/iris/handle/10665/192280) ; OMS, *Arguing for universal health coverage* (Genève : OMS, 2013) : [apps.who.int/iris/handle/10665/204355](http://apps.who.int/iris/handle/10665/204355).

36 OMS, *Arguing for universal health coverage* (2013), 28.

Par conséquent, l'idée qu'il convient de donner la priorité aux sources de financement obligatoires est désormais largement acceptée. C'est, en effet, le moyen d'établir un financement de base efficace, efficient et équitable<sup>37</sup>.

- **L'aide publique au développement (APD)** reste importante pour les pays à faible revenu et les pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure (PRITI). Entre 2000 et 2015, en moyenne sur les 31 pays à plus faible revenu, plus de 30 % des dépenses de santé ont été couverts par l'APD<sup>38</sup>. S'il est envisageable d'utiliser l'aide extérieure à court terme pour combler les déficits de financement, en particulier dans les PRITI, il n'est pas possible de compter à plus long terme sur la disponibilité ou la pérennité de ce type d'aide pour réaliser la CSU dans tous les pays. Il est néanmoins important de maintenir la dynamique de l'APD, en particulier dans les pays les plus pauvres.

*La résolution de l'UIP Réaliser l'objectif de couverture sanitaire universelle d'ici 2030: le rôle des parlements pour garantir le droit à la santé, adoptée lors de la 141<sup>e</sup> Assemblée de l'UIP, appelle « les parlements des pays développés qui fournissent une aide publique au développement à accroître cette aide dans le domaine de la santé [...] à consacrer au moins 0,7 % de leur PIB [produit intérieur brut] à l'aide publique au développement ».*

### Sources de financement pour la CSU<sup>39</sup>

- Impôts directs prélevés sur les revenus, les gains ou les profits et payés directement par les ménages et les entreprises au gouvernement ou à un autre organisme public. Il peut s'agir de l'impôt sur le revenu, de prélèvements sur les salaires (y compris les cotisations obligatoires à l'assurance maladie) et des impôts sur les revenus ou les bénéfices des sociétés.
- Taxes ou impôts indirects payés sur ce qu'un ménage ou une entreprise dépense (et non sur ce qu'ils gagnent) et prélevés indirectement pour le gouvernement par un tiers (détaillant ou fournisseur). Les exemples les plus courants en sont la taxe sur la valeur ajoutée (TVA), les taxes sur les ventes ou les droits d'accise sur la consommation de produits tels que l'alcool et le tabac, et les taxes à l'importation.
- Taxes-santé : il s'agit d'un type particulier de droit d'accise visant à réduire la consommation de produits ayant des conséquences négatives sur la santé publique, comme le tabac, l'alcool, et les boissons sucrées. Ces taxes ont le double avantage de décourager la consommation de produits responsables de maladies non contagieuses et de générer des recettes très utiles au gouvernement. Elles ont donc un intérêt sociétal, même quand leur produit n'est pas affecté à la santé.

37 OMS, *Arguing for universal health coverage* (2013), 30–31.

38 OMS, *Nouvelles perspectives sur les dépenses mondiales en santé pour la couverture sanitaire universelle* (Genève : OMS, 2018) : [apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/350912/9789240040311-fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/350912/9789240040311-fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y).

39 Sources : Matthew Jowett et Joseph Kutzin, *Raising revenues for health in support of UHC: Strategic issues for policy makers* (Genève : OMS, 2015) : [apps.who.int/iris/handle/10665/192280](https://apps.who.int/iris/handle/10665/192280). OMS et UIP, *Saving lives and mobilizing revenue: A parliamentary action guide to health taxes* (Genève : OMS et UIP, 2022).

- Recettes non fiscales provenant par exemple d'entreprises publiques, notamment des « revenus tirés des ressources naturelles », mécanisme courant dans les pays riches en ressources naturelles (pétrole et gaz, par ex.).
- Fonds provenant de sources extérieures (étrangères) qui sont généralement qualifiés de publics quand ces fonds sont versés aux gouvernements des pays bénéficiaires.

En règle générale, les pays qui consacrent une plus grande part de leur PIB à la santé disposent d'un meilleur financement pour la CSU et procurent une meilleure protection financière. La fixation d'objectifs de dépense nationaux peut s'avérer un moyen efficace pour stimuler l'investissement dans la santé. La résolution de l'UIP (2019) appelle les gouvernements à allouer des ressources équivalent à 5 % de leur PIB à la réalisation de la CSU.

Néanmoins, aucun chiffre n'est magique, et les progrès sont possibles, quel que soit le niveau de financement, si les fonds sont dépensés plus efficacement. À l'inverse, un financement adéquat ne permettra pas la mise en place de la CSU si les fonds ne sont pas dépensés de manière efficiente.

Afin de garantir l'utilisation efficace des fonds destinés à la santé (« davantage de santé pour l'argent »), il convient d'être très attentif aux règles de gestion des finances publiques (GFP) qui régissent l'élaboration des budgets, leur décaissement et les obligations de reddition de comptes<sup>40</sup>. Il convient de veiller à ce que la conception de ces règles soutienne la CSU et les objectifs de sécurité sanitaire, notamment en prévoyant une certaine souplesse dans la budgétisation, de façon à permettre des réallocations en cours d'année, en fonction de l'évolution des besoins<sup>41</sup>.

### **Suggestions d'actions à mener par les parlementaires pour augmenter les recettes**

- Donnez la priorité à la santé dans l'allocation des budgets publics (au moment de l'approbation des budgets).
- Plaidez auprès du gouvernement en faveur de formes publiques/obligatoires de perceptions de recettes sous la forme d'un financement primaire pour la CSU.
- Appuyez l'adoption d'une budgétisation par programmes dans le secteur de la santé afin de favoriser la souplesse et l'imputabilité des dépenses.
- Veillez à la mobilisation de ressources financières suffisantes pour un achat stratégique<sup>42</sup> des services de santé (en particulier des SSP).

40 Les règles de GFP sont déterminantes. Ce point est particulièrement important s'agissant de la couverture sanitaire universelle (CSU), pour veiller à ce que les augmentations de dépenses publiques se traduisent effectivement par une extension de la couverture sanitaire. [www.who.int/teams/health-systems-governance-and-financing/health-financing/policy/public-financial-management](http://www.who.int/teams/health-systems-governance-and-financing/health-financing/policy/public-financial-management).

41 [How to make budgets work for health?](#) (OMS).

42 L'achat stratégique suppose l'alignement du financement et des incitations sur les droits aux services de santé et doit donc se fonder sur des informations détaillées relatives à la performance des prestataires et aux besoins en santé de la population desservie. Voir *L'achat de services de santé pour la couverture sanitaire universelle : comment rendre l'achat plus stratégique?* (OMS Genève : OMS, 2019). [apps.who.int/iris/handle/10665/329548](https://apps.who.int/iris/handle/10665/329548).

## 4.2.2 Améliorer la protection financière dans le domaine de la santé

### Questions proposées à la réflexion des parlementaires

- Quelle est la situation actuelle en matière de garanties de prestations, juridiquement assurées à la population ?
- La population bénéficie-t-elle d'un ensemble de prestations universelles ou de garanties liées à la santé ?
- Les prestations sont-elles accordées en fonction des besoins de santé de la population ?
- L'accès aux services de santé est-il fortement subordonné à la capacité financière des patients ?

Les obstacles financiers dissuadent le recours à des services de santé pourtant nécessaires. La seule idée qu'ils vont devoir payer de leur poche un service de santé est, en soi, un obstacle suffisant pour faire reculer les plus démunis et les personnes en situation économique précaire, qui ont déjà du mal à joindre les deux bouts au quotidien.

Afin d'éliminer ces obstacles financiers pour les plus vulnérables, il convient d'éliminer les paiements directs pour les plus démunis, d'étendre et d'intensifier l'aide de protection sociale apportée aux personnes en situation de pauvreté, de quasi-pauvreté, aux personnes âgées et aux autres groupes de populations exposés à une insécurité économique dans le pays. Plus globalement, afin d'éviter les difficultés financières à la population générale, il convient de faire en sorte que les paiements directs ne représentent pas une importante part de la capacité de paiement des citoyens.

Les stratégies de financement ont un rôle déterminant dans la façon dont les prestataires et le système de santé dépendent des paiements directs, des prépaiements et des mécanismes de mutualisation :

- Le prépaiement des services réduit (ou élimine) le paiement direct sur place (au centre de santé).
- La mutualisation des fonds (les sommes prépayées étant regroupées dans un fonds unique) est essentielle pour faciliter le partage des risques au sein de la population, c'est-à-dire entre les bien-portants et les malades, ainsi qu'entre les plus riches et les plus pauvres, ce qui contribue à la réalisation de l'objectif d'équité.

### Exemples de mécanismes mis en place dans certains pays pour réduire les dépenses directes<sup>43</sup>

- ✓ Exonérations de frais ou coupons accordés aux personnes démunies pour leur donner accès aux services des centres de santé publique (Bangladesh et Éthiopie)

43 Akiko Maeda et al., *Une couverture sanitaire universelle pour un développement durable inclusif: Une synthèse de 11 études de cas pays* (Washington : Banque mondiale, 2014) : [elibrary.worldbank.org/doi/abs/10.1596/978-1-4648-0592-9](http://elibrary.worldbank.org/doi/abs/10.1596/978-1-4648-0592-9).

- ✓ Programmes d'assurance contributive assortis de subventions publiques pour financer les primes des démunis et d'autres groupes prioritaires (Ghana, Indonésie, Pérou et Viet Nam)
- ✓ Droits non subordonnés à des contributions, portant sur un ensemble de services assurés sur la base de la citoyenneté, de la résidence, du fait d'être au-dessous du seuil de pauvreté, ou de tout autre facteur, indépendamment d'une quelconque contribution aux soins de santé (régime de couverture sanitaire universelle de la Thaïlande)

La couverture ne pourra néanmoins pas concerner tous les services pour toute la population. Il faut donc que les pays déterminent un ensemble bien défini de prestations, en précisant les services couverts, les personnes concernées et l'étendue de la couverture<sup>44</sup>. Cet ensemble de prestations doit être clairement défini en fonction des ressources disponibles, des besoins sanitaires de la population et de la solvabilité des différents groupes de patients. Il faut également définir les conditions permettant aux patients de bénéficier de cet ensemble de prestations (contribution à un régime d'assurance santé obligatoire ou niveau de revenu, par ex.) et les communiquer clairement à tous les groupes de population. Il est particulièrement important de veiller à ce que les politiques financières assurent une protection financière aux groupes les plus vulnérables.

### **Suggestions d'actions à mener par les parlementaires**

- Soutenez les textes législatifs prévoyant clairement que les services de santé seront principalement financés par le biais de mécanismes de prépaiement et, le cas échéant, par une mise en commun de contributions obligatoires.
- Veillez à ce que le budget annuel permette l'utilisation des recettes publiques générales pour subventionner les contributions éventuelles des personnes vulnérables et marginalisées à l'assurance santé, le cas échéant.
- Plaidez en faveur de la conduite d'enquêtes régulières pour comparer les dépenses de santé restant à la charge des ménages et leur capacité à les financer, et plaidez en faveur de la recherche des obstacles financiers barrant l'accès aux soins.

### **4.2.3 Contrôler l'emploi des fonds de la couverture sanitaire universelle (« davantage de santé pour l'argent »)**

#### **Questions proposées à la réflexion des parlementaires**

- Comment les décisions d'achat sont-elles prises ?
- Les fonds alloués à la CSU sont-ils effectivement dépensés, et le sont-ils efficacement ?
- L'argent dépensé permet-il de progresser vers la CSU (amélioration de la couverture, des services de qualité et de la protection financière) ?

<sup>44</sup> OMS, *Benefit design: The perspective from health financing policy* (Genève: OMS, 2022): [www.who.int/publications/i/item/9789240045088](http://www.who.int/publications/i/item/9789240045088).

Un emploi inefficace de ressources limitées peut être un important frein à l'avancée de la CSU. Selon certaines estimations, en moyenne sur l'ensemble des pays, 20 à 40 % des fonds alloués à la santé sont gaspillés<sup>45</sup>.

En plus d'une approche plus stratégique de l'achat des services de santé, différentes mesures peuvent être prises pour optimiser les ressources disponibles :

- Veiller à ce que les services de santé soient en adéquation avec les besoins de santé de la population
- Renforcer le système de reddition des comptes sur la performance (voir la section 5 pour plus ample information)
- Réduire les coûts administratifs, par exemple, en donnant aux prestataires de services de santé publics une marge d'autonomie pour la gestion des fonds, assortie d'une responsabilisation claire (et en veillant à ce qu'ils continuent à faire des rapports et à rendre des comptes).

### **Suggestions d'actions à mener par les parlementaires**

- Mettez à profit les commissions et les auditions parlementaires pour passer régulièrement en revue la façon dont les fonds sont employés et vérifier qu'ils servent à promouvoir l'accès aux services essentiels, et à garantir une protection financière à l'ensemble de la population.
- Soutenez les textes législatifs et les règlements qui prévoient des dépenses en fonction des services de santé et des groupes de population prioritaires.
- Veillez à ce que les règles de gestion des fonds publics soient alignées sur les obligations du secteur des soins et les besoins de dépenses de santé au niveau des prestataires.
- Soutenez les textes législatifs et les règlements qui régissent les normes et les pratiques de gestion des finances publiques dans le secteur de la santé, notamment en prévoyant des audits réguliers et la publication des recommandations issues des audits.
- Soutenez et encouragez la budgétisation par programmes dans le secteur de la santé afin de favoriser la souplesse et l'imputabilité des dépenses.

---

<sup>45</sup> Banque mondiale, *High-Performance Health Financing for Universal Health Coverage: Driving Sustainable, Inclusive Growth in the 21st Century* (Washington : Banque mondiale, 2014) : [documents1.worldbank.org/curated/en/641451561043585615/pdf/Driving-Sustainable-Inclusive-Growth-in-the-21st-Century.pdf](https://documents1.worldbank.org/curated/en/641451561043585615/pdf/Driving-Sustainable-Inclusive-Growth-in-the-21st-Century.pdf).

## 4.3 Ressources supplémentaires

### Vue d'ensemble et ressources transversales

- OMS, *Rapport sur la santé dans le monde 2010: Le financement des systèmes de santé: le chemin vers la couverture universelle* (Genève: OMS, 2010): [apps.who.int/iris/handle/10665/44372?locale-attribute=fr&](https://apps.who.int/iris/handle/10665/44372?locale-attribute=fr&)
- OMS, *Financing for Universal Health Coverage: Dos and Don'ts* (Genève: OMS, 2019): [p4h.world/en/node/8598](https://p4h.world/en/node/8598)

### Évaluation du système de financement de la santé

- OMS, *Matrice des progrès en matière de financement de la santé : guide pour l'évaluation des pays* (Genève: OMS, 2020): [apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/341711/9789240026346-fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/341711/9789240026346-fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

### Génération de recettes

- Matthew Jowett et Joseph Kutzin, *Raising revenues for health in support of UHC: Strategic issues for policy makers* (Genève: OMS, 2015): [apps.who.int/iris/handle/10665/192280](https://apps.who.int/iris/handle/10665/192280)
- Matthew Jowett et al., *Spending targets for health: No magic number* (Genève: OMS, 2016): [apps.who.int/iris/handle/10665/250048](https://apps.who.int/iris/handle/10665/250048)

### Mutualisation des fonds

- Inke Mathauer et al., "Pooling financial resources for universal health coverage: options for reform", *Bulletin of the World Health Organization*, 98 (2020), 132–139: [www.who.int/publications/i/item/pooling-financial-resources-for-universal-health-coverage-options-for-reform](http://www.who.int/publications/i/item/pooling-financial-resources-for-universal-health-coverage-options-for-reform)

### Achat de services

- Inke Mathauer et al., *L'achat de services de santé pour la couverture sanitaire universelle: comment rendre l'achat plus stratégique ?* (Genève: OMS, 2019): [apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329548/WHO-UHC-HGF-PolicyBrief-19.6-fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329548/WHO-UHC-HGF-PolicyBrief-19.6-fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

### Prestations

- OMS, *Faire des choix justes pour une couverture sanitaire universelle: rapport final du Groupe Consultatif de l'OMS sur la couverture sanitaire universelle et équitable* (Genève: OMS, 2015): [apps.who.int/iris/handle/10665/185069](https://apps.who.int/iris/handle/10665/185069)
- OMS, *Benefit design: The perspective from health financing policy* (Genève: OMS, 2022): [www.who.int/publications/i/item/9789240045088](http://www.who.int/publications/i/item/9789240045088)

## Gestion des finances publiques et financement de la santé

- Cheryl Cashin et al., *Aligning public financial management and health financing: Sustaining progress toward universal health coverage* (Genève : OMS, 2017) : [apps.who.int/iris/handle/10665/254680](https://apps.who.int/iris/handle/10665/254680)
- UHC2030, *Public financial management for universal health coverage: Why and how it matters* (Genève : UHC2030, 2020) : [www.uhc2030.org/fileadmin/uploads/uhc2030/Documents/About\\_UHC2030/UHC2030\\_Working\\_Groups/2017\\_Financial\\_Management\\_Working\\_Group/UHC\\_PFM\\_policy\\_note\\_02XII20\\_online.pdf](http://www.uhc2030.org/fileadmin/uploads/uhc2030/Documents/About_UHC2030/UHC2030_Working_Groups/2017_Financial_Management_Working_Group/UHC_PFM_policy_note_02XII20_online.pdf)
- Hélène Barroy et al. (dir.), *How to make budgets work for health? A practical guide to designing, managing and monitoring programme budgets in the health sector* (Genève : OMS, 2022) : [www.who.int/publications/i/item/9789240049666](http://www.who.int/publications/i/item/9789240049666)

## Suivi des progrès

- OMS et Banque internationale pour la reconstruction et le développement/Banque mondiale, *Rapport mondial de suivi sur la protection financière en santé 2021* (Genève : OMS et Banque internationale pour la reconstruction et le développement/Banque mondiale, 2021) : [apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1415772/retrieve](https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1415772/retrieve)

## 5. Contrôle de la couverture sanitaire universelle et reddition de comptes



Une professionnelle de santé anime une conversation de femmes sur le planning familial. © Maheder Haileselassie Tadesse/Getty Images

### 5.1 L'importance de contrôler la progression vers la couverture sanitaire universelle

Les parlements ont un rôle de premier plan à jouer pour demander aux gouvernements de rendre des comptes sur leurs engagements en matière de CSU. Dans ce cadre, il leur incombe de s'assurer de la mise en place de mécanismes de suivi des avancées vers la CSU.

La résolution de l'UIP *Réaliser l'objectif de couverture sanitaire universelle d'ici 2030: le rôle des parlements pour garantir le droit à la santé*, adoptée lors de la 141<sup>e</sup> Assemblée de l'UIP, appelle les parlements à « utiliser toutes les fonctions parlementaires génériques

## Points essentiels en rapport avec le contrôle de la CSU et la reddition de comptes

- Il incombe aux parlements de faire usage de l'ensemble de leurs fonctions parlementaires pour demander aux instances gouvernementales compétentes de rendre des comptes sur l'exécution effective de leurs engagements en matière de CSU.
- Deux indicateurs sont nécessaires pour suivre les progrès vers l'objectif de la CSU : le premier pour mesurer la couverture des services et le second pour mesurer les difficultés financières. Ces indicateurs seront mesurés conjointement, et autant que possible sous forme désagrégée, afin d'obtenir un tableau clair des groupes qui sont laissés de côté, dans quelles zones et pour quelles raisons.
- Les parlementaires pourront exercer leur contrôle sur trois types de transparence :
  - la transparence financière : pour s'assurer que les ressources et l'autorité publiques ne sont ni détournées ni gaspillées, en s'attachant en particulier à lutter contre la fraude et la corruption (dans le secteur de la santé, la corruption a des conséquences disproportionnées sur les populations vulnérables et marginalisées, et peut représenter un obstacle majeur à la réalisation de la CSU) ;
  - la transparence sur la performance : pour mettre en évidence la performance et rendre compte des résultats par rapport aux objectifs fixés, en mettant l'accent sur les services, les réalisations et les résultats des organismes et des programmes publics et privés ;
  - la transparence politique/démocratique : tirer parti des institutions, procédures et mécanismes pertinents pour s'assurer que le gouvernement tient ses promesses électorales, est à la hauteur de la confiance du public, consolide et représente les intérêts des citoyens, et répond aux besoins et aux préoccupations sociétales.

pour réclamer des comptes à leurs gouvernements nationaux respectifs sur les engagements pris en vue d'une mise en œuvre efficace de la CSU ».

Pour suivre les avancées de la CSU, il est recommandé d'utiliser au moins deux indicateurs, comme indiqué ci-dessous :

- Couverture des services de santé essentiels (indicateur ODD 3.8.1) – Une série de 14 indicateurs ont été agrégés pour déterminer la couverture moyenne des services essentiels au niveau national. Ces indicateurs se répartissent en quatre catégories :
  - Santé procréative, maternelle, néonatale et infantile
  - Maladies infectieuses
  - Maladies non transmissibles
  - Capacité d'accueil et accessibilité des services
- Difficultés financières (indicateur ODD 3.8.2) – Il s'agit d'une conséquence essentielle du manque de protection financière qui est mesurée par un indicateur des dépenses

de santé catastrophiques, définies comme la proportion de la population dont les dépenses de santé représentent plus de 10 % ou plus de 25 % des dépenses ou des revenus du foyer<sup>46</sup>.

À tout le moins, l'évaluation des progrès vers la CSU devra comprendre le suivi conjoint des indicateurs ODD 3.8.1 et 3.8.2, de façon à s'assurer que l'amélioration de la couverture des services n'est pas obtenue aux frais des individus et des familles (c'est-à-dire qu'elle n'entraîne pas une augmentation des difficultés financières), mais au contraire s'accompagne d'une réduction des problèmes financiers.

D'autres indicateurs peuvent également servir au suivi des avancées vers la CSU. Il est, par exemple, intéressant de contrôler l'existence de lois sur la CSU, laquelle marque une avancée de la modification du cadre légal et institutionnel en vue de la réalisation de la CSU (voir la section 3 pour plus ample information sur les lois relatives à la CSU)<sup>47</sup>. En outre, la plupart des pays disposent déjà d'un système de suivi des opérations qui peut servir à mesurer les progrès de ces indicateurs.

Malheureusement, avant la période de pandémie de COVID-19, la CSU n'était déjà pas en bonne voie de réalisation, les améliorations observées au niveau de la couverture des services ayant été obtenues au prix d'une importante augmentation des difficultés financières. Les dernières données disponibles font apparaître une amélioration de la couverture des services, dont l'indice est passé de 64 à 67 entre 2015 et 2019. Cependant, la proportion de la population ayant eu des dépenses de santé catastrophiques a également augmenté, passant de 9,4 % en 2000, à 12,7 % en 2015 et 13,2 % en 2017. En outre, en 2017, 6,7 % de la population mondiale ont été poussés dans l'extrême pauvreté ou s'y sont davantage enfoncés en raison de dépenses directes de santé.

Cette divergence de tendance entre les indicateurs ODD 3.8.1 et 3.8.2 a été observée dans toutes les régions entre 2000 et 2017 (période pour laquelle des données sont disponibles pour les deux indicateurs), malgré des variations substantielles de niveau et de trajectoire. Les pays ont du mal à freiner l'augmentation des dépenses de santé catastrophiques, ce qui nuit à leur capacité de réalisation de la CSU.

Il faut que les pays évaluent leur avancée vers la CSU à l'aide des moyens de mesure qui leur permettront d'élaborer les réponses politiques les mieux adaptées, en plus des indicateurs ODD mentionnés ci-dessus. En effet, aucune mesure, aucun indicateur n'est complet en lui-même. L'indicateur 3.8.2 ne rend, par exemple, pas entièrement compte des personnes qui rencontrent des obstacles financiers pour accéder aux soins, alors que ce type de situation survient en l'absence de mécanismes de protection financière adéquats. Quant à l'indicateur 3.8.1, il ne permet pas de mesurer les inégalités, même si certains de ses composants le peuvent. Dans toute la mesure du possible, les données recueillies pour ces indicateurs seront ventilées par zones géographiques et groupes

46 OMS et Banque internationale pour la reconstruction et le développement/Banque mondiale, *Rapport mondial de suivi sur la protection financière en santé*, 2021 (2021).

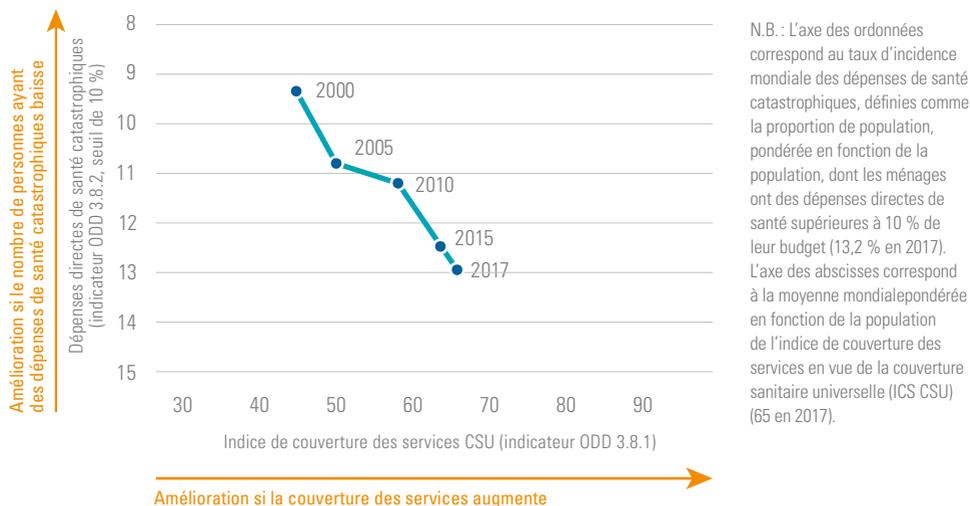
47 OMS, "Countries that have passed legislation on Universal Health Coverage (UHC)": [www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/countries-that-have-passed-legislation-on-universal-health-coverage-uhc](http://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/countries-that-have-passed-legislation-on-universal-health-coverage-uhc).

Organisation internationale du travail (OIT), *Rapport mondial sur la protection sociale 2020-2022: La protection sociale à la croisée des chemins – bâtir un avenir meilleur* (Genève: OIT, 2021): [www.ilo.org/global/publications/books/WCMS\\_848691/lang-en/index.htm](http://www.ilo.org/global/publications/books/WCMS_848691/lang-en/index.htm).

de population, afin d'obtenir un tableau clair des groupes qui sont laissés de côté, dans quelles zones et pour quelles raisons.

Plus que jamais, il incombe aujourd'hui aux parlementaires de s'assurer que les avancées vers la CSU sont effectivement mesurées – en plaidant pour la mise en place de cadres de suivi adaptés et exhaustifs, mettant l'accès sur les groupes les plus défavorisés, et en veillant à ce que ces cadres orientent le débat politique.

Figure 5.1 Évolution de la couverture des services (indicateur ODD 3.8.1) et des dépenses de santé catastrophiques (indicateur ODD 3.8.2, seuil de 10 %) de 2000 à 2017



Source : indicateur ODD 3.8.1, base de données mondiale de couverture des services de l'OMS, mise à jour en 2021 ; indicateur ODD 3.8.2, base de données mondiale de la protection financière, OMS et Banque mondiale, mise à jour en 2021.

## Suggestions d'actions à mener par les parlementaires

- Plaidez en faveur de la mise en place de cadres de suivi des avancées vers la CSU adaptés et exhaustifs, mettant l'accent sur les groupes les plus défavorisés pour contrôler que personne n'est laissé de côté.
- Demandez que des données soient régulièrement fournies à l'appui des progrès réalisés sur l'ODD 3.8, notamment à l'aide des indicateurs 3.8.1 et 3.8.2 et d'autres indicateurs inclus dans les systèmes de suivi nationaux.
- Favorisez les discussions avec les OSC concernées et d'autres parties prenantes, notamment les organisations représentant les groupes vulnérables et marginalisés, afin de compléter les données recueillies pour mesurer les avancées de la CSU.
- Demandez aux ministres compétents d'expliquer les raisons des inégalités observées dans la couverture des services au sein du pays et d'indiquer les mesures prévues pour y remédier, par qui elles seront prises et quand.

### Ressources clés

- Le document OMS de métadonnées ci-après donne une liste (en anglais) de sous-indicateurs pour les quatre catégories de l'indicateur ODD 3.8.1 : [unstats.un.org/sdgs/metadata/files/Metadata-03-08-01.pdf](https://unstats.un.org/sdgs/metadata/files/Metadata-03-08-01.pdf)
- Pour des informations techniques plus détaillées sur l'indicateur ODD 3.8.2, voir : [unstats.un.org/sdgs/metadata/files/Metadata-03-08-02.pdf](https://unstats.un.org/sdgs/metadata/files/Metadata-03-08-02.pdf)
- Les données les plus récentes sur chacun de ces indicateurs et sous-indicateurs, par pays, sont disponibles à la page : [www.who.int/data/gho/data/major-themes/universal-health-coverage-major](http://www.who.int/data/gho/data/major-themes/universal-health-coverage-major)

## 5.2 La promotion par les parlements du contrôle de la couverture sanitaire universelle et de la reddition de comptes

Le contrôle parlementaire concerne la façon dont le parlement demande des comptes au gouvernement au nom des citoyens. Il s'agit, par exemple, de réduire le risque de corruption, de promouvoir les objectifs de la CSU, de contrôler la qualité et l'acceptabilité de la prestation des services de santé, d'améliorer la communication des décisions relatives à la santé, de susciter confiance et adhésion du public vis-à-vis des décisions et mesures de santé publique. Ce rôle de contrôle s'inscrit dans un processus rigoureux, constructif et fondé sur des données probantes.

Le tableau 5.1 résume les trois grands types de mécanismes de contrôle et de reddition des comptes dont les parlementaires peuvent faire usage pour promouvoir les services de santé en général et la CSU en particulier.

Tableau 5.1 Points à surveiller en lien avec la fourniture des services de santé et besoins de transparence portant sur les finances, la performance et l'aspect politique/démocratique<sup>48</sup>

Type de transparence	Exemples de points à surveiller en lien avec la fourniture de services de santé	Buts premiers de la transparence
<b>Financière</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comptabilité des coûts/ budgétisation pour : <ul style="list-style-type: none"> <li>– le personnel</li> <li>– l'activité</li> <li>– les médicaments/ produits</li> <li>– la définition des ensembles de prestation de base</li> <li>– la supervision des contrats</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Buts premiers : contrôle et garantie</li> <li>• Accent mis sur : <ul style="list-style-type: none"> <li>– confinement des déchets, fraude, détournement, corruption</li> <li>– respect des prescriptions et des normes de procédure</li> <li>– contrôle des coûts</li> <li>– mesures d'efficacité des ressources</li> </ul> </li> </ul>
<b>Performance</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implication du patient dans la prise de décision médicale</li> <li>• Qualité des soins</li> <li>• Comportement des prestataires de services</li> <li>• Médiation assurée par des organes professionnels</li> <li>• Sous-traitance</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Buts premiers : garantie et amélioration/ apprentissage</li> <li>• La garantie est liée <ul style="list-style-type: none"> <li>– au respect du cadre juridique, réglementaire et politique</li> <li>– à la fourniture professionnelle des services, au respect des normes et des valeurs</li> <li>– aux normes de qualité des soins et à leur contrôle</li> </ul> </li> <li>• Le volet d'amélioration/apprentissage est axé sur <ul style="list-style-type: none"> <li>– l'analyse comparative</li> <li>– la fixation de normes</li> <li>– la gestion de la qualité</li> <li>– les recherches portant sur l'activité</li> <li>– le suivi et l'évaluation</li> </ul> </li> </ul>
<b>Politique/ démocratique</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fourniture des services équité/ justice</li> <li>• Transparence</li> <li>• Réactivité envers les citoyens</li> <li>• Confiance de l'usager des services</li> <li>• Résolution des conflits</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Buts premiers : contrôle et garantie</li> <li>• Le contrôle est axé sur : <ul style="list-style-type: none"> <li>– la satisfaction du citoyen/ électeur</li> <li>– le bon usage des recettes fiscales</li> <li>– le règlement des défaillances du marché</li> <li>– la distribution des services (populations défavorisées)</li> </ul> </li> <li>• La garantie est axée sur : <ul style="list-style-type: none"> <li>– la dynamique principal-agent pour la supervision</li> <li>– la disponibilité et la diffusion des informations</li> <li>– le respect des normes de qualité</li> <li>– les normes professionnelles et les valeurs sociétales</li> </ul> </li> </ul>

48 Inspiré de : Derick Brinkerhoff, *Accountability and Health Systems: Overview, Framework, and Strategies* (Bethesda, MD: Partners for Health Reformplus, 2003).

Le ministère de la Santé a un rôle de premier plan dans le contrôle de la réalisation de la CSU. Il n'est cependant pas toujours simple d'obtenir qu'il en rende compte, et ce pour plusieurs raisons :

- Il est plus facile de contrôler la fourniture d'un service qu'un ministère dont les réalisations sont d'ordre politique et donc moins tangibles.
- Le processus est d'ailleurs encore plus complexe lorsque la responsabilité est partagée, par exemple lorsque des activités transversales sont de la responsabilité de plusieurs organes gouvernementaux ou passent par des partenariats public-privé.
- Les prestataires de services de santé ont souvent une fonction de « contrôleur » : ils supervisent les données nécessaires au suivi et à la reddition de comptes, déterminant les personnes habilitées à recevoir un soin donné et vérifiant la conformité aux procédures officielles.
- On déplore un manque de volonté pour l'amélioration de la reddition des comptes en tirant les leçons des erreurs passées<sup>49</sup>.

Malgré ces difficultés, il est impératif d'obtenir que le ministère de la Santé et le gouvernement rendent des comptes. Les parlementaires peuvent jouer un rôle essentiel à ce niveau en leur demandant

- de fournir des réponses à des questions précises
- de rendre compte de l'emploi des ressources du ministère de la Santé, de ses activités et de ses réalisations
- d'expliquer les décisions de l'administration
- d'enquêter sur les déficiences et les problèmes et d'y remédier.

#### Ressource clé

- **Le dossier de l'OMS intitulé *Anchoring universal health coverage in the right to health: What difference would it make?***, comprend une liste de questions clés que les parlementaires peuvent poser à propos de l'état d'avancement de la CSU dans leur pays. La liste se trouve en pages 19–20 (en anglais) : [apps.who.int/iris/handle/10665/199548](https://apps.who.int/iris/handle/10665/199548)

Les parlementaires ont le pouvoir d'exercer des pressions pouvant mener à une démission, si cela est jugé nécessaire.

Le rôle des commissions permanentes de la santé et des finances est particulièrement important, car elles peuvent examiner les questions complexes en lien avec la CSU et fournir aux parties prenantes extérieures (public, OSC, experts, universitaires et membres du secteur privé) l'occasion de faire part de leurs opinions sur la CSU qui pourront ainsi être prises en compte.

<sup>49</sup> OMS, *Voice, agency, empowerment – handbook on social participation for universal health coverage* (Genève : OMS, 2021) : [apps.who.int/iris/handle/10665/342704](https://apps.who.int/iris/handle/10665/342704).

## 5.2.1 Les parlements et la transparence financière

**La transparence financière** permet de juguler les malversations ou abus de ressources ou d'autorité publiques en luttant contre la fraude, les abus et la corruption (sous la forme de pots-de-vin, de détournements de fonds, de trafic d'influence, de népotisme ou de paiements officieux)<sup>50,51</sup>.

Aucun système de santé n'est à l'abri des abus et de la fraude, et les quatre grandes fonctions de financement de la santé – génération de recettes, mutualisation (considérées dans le plus large contexte de la gestion du secteur public), achat et conception des prestations – sont exposées au risque d'abus de pouvoir<sup>52</sup>.

On peut lire ce qui suit dans la conclusion du *Rapport mondial sur la corruption 2006* de l'organisation Transparency International :

Les systèmes de santé sont prédisposés à la corruption du fait que l'incertitude, l'information asymétrique et le grand nombre d'acteurs créent des occasions systématiques de corruption. Ces trois facteurs se combinent pour diviser l'information entre différents acteurs – organismes de réglementation, agents-payeurs, prestataires, patients et fournisseurs – de telles manières que cela rend le système vulnérable à la corruption et nuit à la transparence et à la reddition de comptes<sup>53</sup>.

La corruption dans le domaine de la santé a des conséquences disproportionnées pour les populations vulnérables et marginalisées, et peut représenter un obstacle majeur à la réalisation de la CSU. De ce fait, le rôle des parlementaires dans la lutte contre la corruption est essentiel. Il faut néanmoins que, dans un premier temps, ils reconnaissent son existence dans leur pays. Ils doivent ensuite contribuer à l'élaboration des capacités institutionnelles nécessaires pour s'assurer que des mesures sont prises afin d'empêcher la corruption. Cela passera par la réglementation, la surveillance, le suivi et des exigences en matière d'établissement de rapports dans le cadre des plus larges réformes visant la réalisation de la CSU<sup>54</sup>. Il est, en outre, important de veiller à ce que les mécanismes de contrôle fassent la différence entre gaspillage et corruption.

### Exemples nationaux de bonnes pratiques en matière de transparence financière

**Chili :** La surveillance du *Central Nacional de Abastecimiento* (centrale nationale d'approvisionnement pharmaceutique faisant office de magasin médical central) a mené

50 OMS, Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, adoptée par la Conférence internationale de la Santé, New York (1946) : [apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/FR/constitution-fr.pdf](https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/FR/constitution-fr.pdf).

51 Taryn Vian, "Anti-corruption, transparency and accountability in health: concepts, frameworks, and approaches", *Global Health Action*, 13:sup1 (2020) : [www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/16549716.2019.1694744](http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/16549716.2019.1694744).

52 OMS, *Potential corruption risks in health financing arrangements: Report of a rapid review of the literature* (Genève : OMS, 2020) : [apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1275307/retrieve](https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1275307/retrieve).

53 William D. Savedoff et Karen Hussmann, « Pourquoi les systèmes de santé sont-ils prédisposés à la corruption ? », in Jana Kotalik et Diana Rodriguez D (ed), *Rapport mondial sur la corruption 2006*. (Londres : Transparency International, 2006) : [images.transparencycdn.org/images/2006\\_GCR\\_Health\\_FR.pdf](https://images.transparencycdn.org/images/2006_GCR_Health_FR.pdf).

54 Theadora Koller et al., "Promoting anti-corruption, transparency and accountability to achieve universal health coverage", *Global Health Action*, 13:sup1 (2020) : [www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/16549716.2019.1700660](http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/16549716.2019.1700660).

à une série de réformes comprenant le passage à un système d'offres électroniques et l'usage actif d'Internet pour diffuser des informations sur le processus de passation des marchés. Cette amélioration de la transparence a favorisé une concurrence tarifaire et a servi d'outil anti-corruption. En 2013, grâce à ces efforts, une transparence accrue a été rapportée dans 180 hôpitaux<sup>55</sup>.

**Pakistan :** Dans le cadre du Projet de santé familiale, des commissions sanitaires ont été établies dans les villages de la province de Sindh. Dans plusieurs villages, ces commissions ont créé des « comités de reddition de comptes/vigilance » chargés de contrôler les finances et les activités des centres de soins ruraux et de signaler les problèmes<sup>56</sup>.

**Pérou :** L'Alliance pour la transparence des médicaments a créé un observatoire reposant sur une déclaration des prix requise par le gouvernement<sup>57</sup>.

**États-Unis :** Des interventions coordonnées, menées par le ministère de la Santé et des Services sociaux, le ministère de la Justice et d'autres organismes pour récupérer des milliards de dollars, ont débouché chaque année sur des centaines de nouvelles poursuites et condamnations. Ces interventions comprennent par exemple l'augmentation des capacités informatiques permettant d'analyser les tendances des paiements et de repérer les facturations indues, la mise en place de lois plus strictes de lutte contre les fraudes et les abus dans le domaine de la santé, la vérification des demandes de prépaiement, des revues manuelles, la formation et la sélection des prestataires<sup>58</sup>.

### **Suggestions d'actions à mener par les parlementaires**

- Utilisez les fonctions de contrôle du budget et travaillez en collaboration avec le gouvernement, les prestataires de services de santé et la société civile pour mettre en lumière les pratiques de corruption, élaborer des stratégies de lutte contre ces pratiques et faire rendre des comptes aux administrateurs du secteur public.
- Posez des questions aux ministères de la Santé et des Finances sur les méthodes innovantes de prévention et de gestion des risques visant à traiter les facteurs sous-jacents qui augmentent les probabilités de corruption dans le système de santé<sup>59</sup>.
- Passez régulièrement en revue les mécanismes de surveillance en recourant à des audits indépendants de la gestion et des finances, et publiez les conclusions.
- Élaborez la législation et les registres nécessaires à la déclaration des actifs.

55 Edgardo Díaz Navarrete, *Cuenta Pública 2013: Central de Abastecimiento S.N.S.S.* (Santiago: Ministerio de Salud, 2014): [www.cenabast.cl/wp-content/uploads/2017/09/Cuenta\\_publica\\_Cenabast\\_01\\_08\\_2014.pdf](http://www.cenabast.cl/wp-content/uploads/2017/09/Cuenta_publica_Cenabast_01_08_2014.pdf).

56 Derick Brinkerhoff, *Accountability and Health Systems: Overview, Framework, and Strategies* (2003), 22.

57 Taryn Vian et al., "Promoting transparency, accountability, and access through a multi-stakeholder initiative: lessons from the medicines transparency alliance", *Journal of Pharmaceutical Policy and Practice* 10/18 (2017): [jopp.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40545-017-0106-x](http://jopp.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40545-017-0106-x).

58 OMS, *Potential corruption risks in health financing arrangements: Report of a rapid review of the literature* (2020), 28.

59 Theadora Koller et al., "Promoting anti-corruption, transparency and accountability to achieve universal health coverage", *Global Health Action* (2020).

- Veillez à l'application de mesures de reddition de comptes sur les procédures de passation des marchés publics, les honoraires facturés aux patients, la gestion du personnel, ainsi que pour l'achat, la distribution et la prescription des produits pharmaceutiques.
- Coordonnez votre action avec l'Alliance pour la lutte contre la corruption, la transparence et la responsabilité (ACTA) dans les systèmes de santé (appuyée par l'OMS, le Fonds mondial et le Programme des Nations Unies pour le développement) pour veiller en interne au contrôle, au suivi/évaluation et au développement des capacités. Établissez des lignes directrices ACTA dans le secteur de la santé<sup>60</sup> :
  - en rejoignant l'alliance
  - en soutenant l'abandon des méthodes réactives (interdiction, criminalisation et punition) au profit d'approches innovantes (prévention et gestion des risques).
- Demandez que les hôpitaux et les caisses d'assurance fassent régulièrement rapport au ministère de la Santé sur l'emploi des fonds publics qu'ils reçoivent et décaissent.

## 5.2.2 Les parlements et la transparence en matière de performance

**La transparence en matière de performance** permet de comparer les réalisations aux objectifs préalablement fixés. Elle porte sur les services, les réalisations et les résultats des organismes et des programmes publics et privés<sup>61</sup>.

Il existe un lien direct entre la transparence en matière de performance et la transparence financière. Dans ces deux domaines, il convient de surveiller des points comme la production de biens, la fourniture des services et les bénéfices pour les citoyens (les régimes de rémunération des prestataires doivent renforcer l'efficacité, la qualité des soins, l'équité et la satisfaction de l'utilisateur). La corruption peut saper les efforts déployés pour atteindre et maintenir le niveau des normes de qualité, et améliorer la transparence en matière de performance des prestations<sup>62</sup>. De solides systèmes d'information sur la gestion et les finances sont nécessaires pour produire des données exploitables à des fins de contrôle de la transparence dans le domaine des finances et de la performance.

Les critères de transparence en matière de performance sont également liés à la transparence politique/ démocratique (voir la section 5.2.3 ci-après). Ils incluent la réactivité vis-à-vis des demandes des citoyens et la réalisation d'objectifs de prestation de services en accord avec leurs besoins et leurs souhaits.

## Exemples nationaux de bonnes pratiques en matière de transparence sur la performance

**Égypte** : Les procédures de passation des marchés pour le fonds de santé familiale comprennent des mesures incitatives et des sanctions (par le biais de versements en capital et de remboursements fondés sur la performance), de sorte que les prestataires

<sup>60</sup> OMS, *Potential corruption risks in health financing arrangements: Report of a rapid review of the literature* (2020) ; voir aussi : OMS, "Reducing health system corruption" : [www.who.int/activities/reducing-health-system-corruption](http://www.who.int/activities/reducing-health-system-corruption).

<sup>61</sup> Derick Brinkerhoff, *Accountability and Health Systems: Overview, Framework, and Strategies* (2003), 7.

<sup>62</sup> Ibid., 21.

sont récompensés lorsqu'ils réduisent le temps d'attente des patients et fournissent des soins préventifs<sup>63</sup>.

**Afrique du Sud:** Un système de rapports a été mis en place pour faciliter la comparaison des statistiques, des indicateurs et des budgets des différents centres et identifier les problèmes de collecte des honoraires et de fourniture de services.

### **Suggestions d'actions à mener par les parlementaires en lien avec la transparence de la performance**

- Travaillez en collaboration avec les principales parties prenantes du secteur de la santé (conseils de santé, conseils d'administration des hôpitaux, organisations professionnelles, syndicats et prestataires de soins publics et privés) afin de défendre des politiques, des méthodes ou des actions données.
- Institutionnalisez les mécanismes participatifs qui favorisent la mobilisation des citoyens à tous les niveaux, afin de veiller à ce que les responsables publics rendent des comptes, et soutenez des mécanismes qui facilitent l'expression des citoyens.
- Exigez du ministère de la santé et de tout autre ministère compétent des contrôles réguliers des performances, selon les besoins et en fonction du contexte national.
- Veillez à ce que des rapports d'avancement réguliers soient fournis à la commission parlementaire compétente, afin d'améliorer le respect des lois et des règlements, des normes professionnelles de prestation de service et des normes de qualité des soins.
- Contrôlez efficacement les systèmes de financement fondés sur la performance, de sorte que ceux qui profitent indûment du système pour répondre aux critères et obtenir de nouveaux financements soient tenus de rendre des comptes.

### **5.2.3 Les parlements et la transparence politique/démocratique**

**La transparence politique et démocratique** porte sur les institutions, les procédures et mécanismes qui visent à s'assurer que le gouvernement tient ses promesses électorales, est à la hauteur de la confiance du public, consolide et représente les intérêts des citoyens, et répond aux besoins et aux préoccupations sociétales<sup>64</sup>.

Les élections sont un instrument clé de la transparence politique et démocratique. L'accès aux soins de santé, le coût et la qualité des soins sont des questions qui sont souvent évoquées lors des campagnes locales et nationales et font l'objet de promesses électorales. Celles-ci, par voie de conséquence, élèvent les attentes des citoyens quant à la façon dont les responsables politiques établissent et mettent en œuvre les politiques de santé et la prestation des biens et des services. Au-delà des élections, la transparence politique et démocratique est donc liée à la réponse apportée aux besoins et aux préoccupations des citoyens et à leur évolution, et à l'instauration d'un climat de

---

63 Ibid., 22.

64 Ibid., 7-8.

confiance<sup>65</sup>. Les parlementaires peuvent faire usage de leur fonction représentative et les parlements recourir aux mécanismes institutionnels d'engagement public pour recueillir les avis des citoyens et des groupes de population, dont il sera ensuite tenu compte dans la prise de décision<sup>66</sup>.

Les critères de transparence politique et démocratique sont également liés à la transparence en matière de performance (voir la section 5.2.2). Les gouvernements ont, en particulier, la responsabilité de remédier aux défaillances du marché des soins de santé par la réglementation et l'allocation de ressources afin de garantir l'équité entre tous les citoyens.

## Exemples nationaux de bonnes pratiques en matière de transparence politique et démocratique

**Albanie :** Le gouvernement a mis en place un portail pour recueillir et étudier les réclamations portant sur la fourniture des soins de santé. Plus de 1 600 réclamations ont été enregistrées sur le portail entre 2013 et 2017<sup>67</sup>.

**Karnataka, Inde :** Un responsable vigilance-santé a inspecté 202 unités administratives entre 2001 et 2006, traitant à chaque fois entre 100 et 200 réclamations. En fin de compte, plus de 800 réclamations étaient suffisamment sérieuses pour faire l'objet d'une déclaration à la police<sup>68</sup>.

## Suggestions d'actions à mener par les parlementaires en lien avec la transparence politique et démocratique

- Contribuez à définir les responsabilités des fournisseurs de soins de santé et le niveau de performance attendu (par ex. en rédigeant une déclaration des droits du patient ou une charte du prestataire).
- Répondez aux principales préoccupations des électeurs et déterminez la méthode la plus efficace de les inclure dans la CSU.
- Soutenez la CSU en faisant de cette dernière un objectif à moyen ou long terme et mettez en lumière des mesures qui peuvent être particulièrement bénéfiques aux groupes marginalisés et vulnérables.
- Établissez une relation de confiance avec les électeurs et agissez dans le respect des normes fixées en matière de probité, d'éthique, d'intégrité et de responsabilité professionnelles<sup>69</sup>.

65 Ibid.

66 Pour plus ample information sur la participation du public, voir : UIP et Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD), *Rapport parlementaire mondial 2022, Associer le public aux activités du parlement* (Genève : UIP et PNUD, 2022) : [www.ipu.org/fr/ressources/publications/rapports/2022-03/rapport-parlementaire-mondial-2022](http://www.ipu.org/fr/ressources/publications/rapports/2022-03/rapport-parlementaire-mondial-2022).

67 Taryn Vian, "Anti-corruption, transparency and accountability in health: concepts, frameworks, and approaches", *Global Health Action* (2020).

68 Reinhard Huss and others, "Good governance and corruption in the health sector: lessons from the Karnataka experience", *Health Policy and Planning*, 26/6 (2011), 471–484: [doi.org/10.1093/heapol/czq080](https://doi.org/10.1093/heapol/czq080).

69 Lucy Gilson, "Trust and the development of health care as a social institution", *Social Science & Medicine*, 56/7 (2003), 1453–1468: [doi.org/10.1016/S0277-9536\(02\)00142-9](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(02)00142-9).

- Associez les groupes de population vulnérables et marginalisés à l'établissement des normes et à la détermination des priorités pour la prestation de services de santé à l'échelle locale.
- Aidez les citoyens à obtenir que des prestataires de soins soient sanctionnés si nécessaire.
- Plaidez en faveur de dispositions législatives permettant l'étude des réclamations formulées par des citoyens en rapport avec la fourniture de services de santé dans votre circonscription.
- Multipliez les possibilités de participation des citoyens et utilisez différents canaux pour informer et consulter la population.

## 6. Conclusion



Un professionnel de santé au service des patients. © Mustafa Ciftci/Anadolu Agency via AFP

L'instauration de la CSU est un facteur de transformation des sociétés parce qu'elle assure à tous l'accès aux soins de santé qui s'avèrent nécessaires et supprime les inégalités qui existent aujourd'hui, en particulier dans le sillage de la pandémie de COVID-19. La CSU, qui est bénéfique pour la santé de la population et pour la sécurité sanitaire, est aussi un élément de base de nombre des ambitions formulées par les pays dans le Programme de développement durable à l'horizon 2030, comme la réduction de la pauvreté et des inégalités, et la constitution de sociétés pacifiques, justes et fortes.

Il n'y a pas de voie unique pour atteindre la CSU. De la même façon, les pays ne progresseront pas tous au même rythme, mais tous peuvent progresser.

Dans cette optique, les parlementaires ont un rôle primordial à jouer. Leurs fonctions essentielles de législation, de budgétisation et de contrôle placent les parlementaires dans une position particulièrement adaptée pour répondre aux besoins des populations en général et de leurs électeurs en particulier.

C'est un rôle complexe et exigeant. Les parlementaires ont cependant à leur disposition toute une série d'outils et de méthodes qui les aideront à faire usage des pouvoirs qui sont les leurs pour que la CSU devienne une priorité, mais aussi une réalité dans tous les pays. Ces outils sont décrits en détail dans ce guide, ainsi que les méthodes adoptées avec succès dans différents pays, qui représentent des exemples dont chacun pourra tirer profit.

Les parlements ne doivent pas attendre l'avènement d'un moment jugé parfait pour aller de l'avant et lancer la réforme. C'est là le message clé de ce guide. Les occasions politiques et les mouvements sociaux de soutien sont des leviers qu'il ne faut pas négliger. La participation de tous les acteurs de la société à la conception et à la mise en œuvre des solutions de CSU – en portant une attention particulière aux groupes de population les plus vulnérables et les plus marginalisés – aidera les parlementaires à mieux déterminer les méthodes adaptées à chaque contexte national. Il est de la responsabilité des parlementaires de travailler sans relâche à la réalisation de la CSU, en vérifiant régulièrement la pertinence des cadres juridiques et des politiques de financement, compte tenu des besoins de santé essentiels de la population, et en passant en revue les obstacles rencontrés par celle-ci pour accéder aux soins dont elle a besoin.





Union interparlementaire  
Pour la démocratie. Pour tous.

 +41 22 919 41 50  
 +41 22 919 41 60  
 [postbox@ipu.org](mailto:postbox@ipu.org)

Chemin du Pommier 5  
Case postale 330  
1218 Le Grand-Saconnex  
Genève – Suisse  
[www.ipu.org](http://www.ipu.org)



**Organisation  
mondiale de la Santé**

 +41 22 791 21 11

Avenue Appia 20  
1211 Genève 27  
Suisse  
[www.who.int](http://www.who.int)