

Note de synthèse
La COVID-19 et
la couverture sanitaire
universelle

OCTOBRE 2020



Nations
Unies

Résumé

En l'espace de neuf mois, la COVID-19 a gagné plus de 190 pays, avec plus de 30 millions de cas signalés. Plus d'un million de personnes sont mortes. La pandémie a mis en évidence des risques longtemps ignorés, notamment le caractère inadéquat des systèmes de santé, l'existence de failles dans la protection sociale et des inégalités structurelles. Elle a également révélé l'importance d'une santé publique de base, de systèmes de santé solides et d'une bonne préparation aux situations d'urgences, ainsi que de la résilience des populations face à un nouveau virus ou à une pandémie, montrant qu'il est plus important que jamais d'instaurer la couverture sanitaire universelle.

La santé est un droit humain fondamental et la couverture sanitaire est un outil essentiel pour faire de la santé pour toutes et tous une réalité. La couverture sanitaire universelle renvoie à une situation dans laquelle toutes les personnes et toutes les communautés reçoivent les services de santé dont elles ont

besoin sans que cela entraîne pour elles des difficultés financières excessives. Cependant, au moins la moitié de la population mondiale ne bénéficie toujours pas d'une couverture complète pour avoir accès aux services de santé de base et plus de 800 millions de personnes consacrent au moins 10 % du budget de leur ménage aux frais de santé¹. Il sera important de supprimer autant que possible les obstacles financiers qui entravent l'accès aux services de santé. C'est un défi en période de récession économique, mais la COVID-19 a montré qu'il est bénéfique pour l'économie de parvenir à contrôler les épidémies. Elle a également mis en évidence les inconvénients qu'il y a à financer la couverture médicale principalement par le biais de cotisations salariales. Dans le contexte d'une crise économique mondiale où le chômage augmente et où le droit aux services est lié à ces cotisations, l'accès aux services de santé est réduit au moment même où les gens en ont le plus besoin.

Qu'est-ce que la couverture sanitaire universelle ?

La couverture sanitaire est dite universelle lorsque toutes les personnes et les toutes les communautés reçoivent les services de santé dont elles ont besoin sans que cela entraîne pour elles de difficultés financières excessives.

L'objectif de la couverture sanitaire universelle est triple :

- > **Équité dans l'accès** : toutes les personnes qui ont besoin de services de santé doivent pouvoir y accéder, et pas seulement celles qui peuvent payer pour les obtenir
- > **Qualité suffisante** : les services de santé doivent être suffisamment bons pour améliorer la santé de celles et ceux qui en bénéficient
- > **Pas de risque financier excessif** : Les personnes qui utilisent les services de santé ne doivent pas courir de risque financier à cause du coût de ces services.

L'idée d'une couverture sanitaire universelle est tirée de la constitution de l'OMS de 1948, dans laquelle la santé a été consacrée comme un droit humain fondamental, et sur le programme « Santé pour tous » défini dans la Déclaration d'Alma-Ata en 1978. Tous les États Membres de l'Organisation des Nations Unies ont réaffirmé qu'ils s'engageaient à tenter de mettre en place la couverture sanitaire universelle d'ici à 2030, dans le cadre des objectifs de développement durable (A/RES/74/2, octobre 2019).

1 Organisation mondiale de la Santé (OMS), "Couverture sanitaire universelle", 24 janvier 2019, consultable à l'adresse suivante [https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc)).

Le monde se trouve désormais face à un véritable tournant en ce qui concerne la pandémie de COVID-19. Malgré un succès initial dans la suppression de la transmission, de nombreux pays connaissent désormais une résurgence après avoir assoupli les restrictions. À l'approche de la saison de la grippe dans certaines régions du monde, et face à l'augmentation du nombre de cas et d'hospitalisations, de nombreux pays se trouvent dans l'obligation de trouver un juste équilibre entre la protection de la santé publique, la protection des libertés individuelles et la nécessité de ne pas mettre l'économie à l'arrêt.

S'il y avait la couverture sanitaire universelle, les pays pourraient s'attaquer de manière plus efficace aux trois manières dont la crise de la COVID-19 provoque directement et indirectement la morbidité et la mortalité : la première est due au virus lui-même, la deuxième au fait que les systèmes de santé sont incapables de fournir de manière continue des services de santé essentiels, et la troisième à son impact socioéconomique.

Nous savons désormais que c'est pour les groupes qui étaient déjà dans des situations de plus grande vulnérabilité que le virus représente le risque le plus grave : les personnes qui vivent dans la pauvreté, les personnes âgées, celles qui ont des problèmes de santé préexistants, les femmes, les enfants, les personnes migrantes et celles qui ont été déplacées de force. En quelques mois, des régions entières qui progressaient sur la voie de l'éradication de la pauvreté et de la réduction des inégalités ont accusé des reculs qui les ont ramenées plusieurs années en arrière. Le développement humain a régressé pour la première fois depuis que nous avons commencé à le mesurer en 1990.

Les liens qui existent entre la santé publique et la résilience générale des économies et des

sociétés ne peuvent plus être mis en doute. La COVID-19 est venue étoffer le faisceau de preuves dont on disposait et qui indique que les investissements dans la santé donnent des retours à long terme, tandis que le sous-investissement peut avoir des effets sociaux et économiques mondiaux dévastateurs à grande échelle, qui pourraient durer des années. La pandémie coûte à l'économie mondiale 375 milliards de dollars par mois et 500 millions d'emplois depuis que la crise a éclaté. Il faut continuer à s'attaquer à la cause profonde de la crise économique, à savoir la COVID-19. À cet égard, [**l'OMS a publié des orientations détaillées**](#) sur les mesures de santé publique efficaces.

Des vaccins, des diagnostics et des thérapies sûrs et efficaces seront également essentiels pour mettre fin à la pandémie et permettre un relèvement plus rapide à l'échelle mondiale. Il est également évident désormais qu'il est dans l'intérêt national et économique de tous les pays de collaborer le plus possible entre eux pour élargir l'accès aux tests et aux traitements et de défendre l'idée d'un vaccin qui serait un bien public mondial – un « vaccin du peuple » disponible et abordable pour tout le monde, partout. Le dispositif visant à accélérer l'**accès aux outils de lutte contre la COVID-19 (Accélérateur ACT)** est, avec son Mécanisme COVAX, le meilleur moyen d'y parvenir.

À plus long terme, la préparation et la riposte aux pandémies peuvent être considérées comme un bien public mondial, qui doit donner lieu à des investissements proportionnels aux niveaux mondial et national. Elles nécessitent un système d'alerte standardisé lié à des mesures concrètes de la part des autorités sanitaires nationales et locales. À ce jour, seul un tiers des pays ont mis en place les capacités nécessaires à leurs systèmes de gestion des urgences de

santé publique, comme l'exige le *Règlement sanitaire international* (2005).

Pour pouvoir sortir de la pandémie de COVID-19, il faudra une approche coordonnée de la part de l'ensemble des pouvoirs publics et de la société dans le monde entier. Les enseignements tirés de l'expérience montrent qu'il faut mettre en place une couverture sanitaire universelle qui assure à toutes les personnes un accès égal à des soins de santé de qualité sans que cela les mette dans une situation de risque sur le plan financier et qui protège efficacement les sociétés contre une autre crise sanitaire qui auraient des effets dévastateurs sur les vies et les moyens de subsistance.

Tous les États Membres de l'Organisation des Nations Unies sont convenus d'essayer de mettre en place une couverture sanitaire universelle d'ici à 2030, dans le cadre des objectifs de développement durable et conformément à la [Déclaration politique](#) de 2019 sur la couverture sanitaire universelle.

Il existe des mesures claires qui peuvent être prises dans le cadre de la riposte à la COVID-19 et des mesures de relèvement pour remédier aux faiblesses que la pandémie a mises à nu et pour investir dans un système de santé publique plus résilient à l'avenir. En fin de compte, veiller à ce qu'une pandémie de cette ampleur et de cet impact ne se reproduise pas consiste en un choix politique.

MESURES QU'IL EST RECOMMANDÉ DE PRENDRE

1. EMPÊCHER DE TOUTE URGENCE QUE LA TRANSMISSION DE LA COVID-19 SE POURSUIVE :

- Continuer de renforcer les mesures de santé publique pour parvenir à une transmission zéro de la COVID-19 à l'échelle locale
- Mettre en place un dispositif universel de dépistage de la COVID-19, d'isolement et de traçage des contacts
- Garantir l'accès des personnes qui souffrent de la COVID-19 aux soins pour réduire le nombre de décès

2. PRÉSERVER LA FOURNITURE DES AUTRES SERVICES DE SANTÉ ESSENTIELS. Afin de limiter la morbidité et la mortalité, les services de santé prioritaires doivent continuer d'être dispensés pendant la phase aiguë de la pandémie de COVID-19.

3. ÉTENDRE MASSIVEMENT L'ACCÈS AUX TECHNIQUES DE DIAGNOSTIC RAPIDE ET AUX TRAITEMENTS ET GARANTIR QUE LES VACCINS CONTRE LA COVID-19 SERONT UN BIEN PUBLIC MONDIAL AUQUEL TOUT LE MONDE AURA ACCÈS, PARTOUT ET SUR UN PIED D'ÉGALITÉ :

- Adopter une approche globale pour garantir un accès équitable aux nouveaux outils contre la COVID-19 en finançant intégralement le dispositif visant à accélérer l'accès aux outils de lutte contre la COVID-19 (Accélérateur ACT)
- Empêcher de toute urgence la diffusion de fausses informations et de rumeurs concernant la sécurité des vaccins.

4. METTRE EN PLACE LA COUVERTURE SANITAIRE UNIVERSELLE :

- Investir dans les fonctions clés des systèmes de santé qui jouent un rôle essentiel dans la protection et la promotion de la santé et du bien-être, compris comme « biens communs de la santé ».
- Suspendre les frais médicaux dus par les personnes qui reçoivent des soins liés à la COVID-19 et d'autres soins de santé essentiels.

5. RENFORCER LA PRÉPARATION EN CAS DE PANDÉMIE À L'ÉCHELLE NATIONALE ET MONDIALE ET FAIRE EN SORTE QUE DES SOCIÉTÉS SAINES VOIENT LE JOUR À L'AVENIR.

1. Impact de la COVID-19 sur la santé et riposte face à la pandémie

En l'espace de tout juste neuf mois, la COVID-19 a gagné plus de 190 pays. À la fin du mois de septembre, on avait dénombré plus de 30 millions de cas dans le monde et plus d'un million de personnes étaient mortes. Il y a trois grandes manières dont la crise de la COVID-19 provoque directement et indirectement la morbidité et la mortalité : 1) à cause du virus lui-même, 2) du fait que les systèmes de santé sont incapables de fournir de manière continue des services de santé essentiels, 3) en raison de son impact socioéconomique.

1.1. LES PLUS VULNÉRABLES FACE À LA COVID-19 ET NÉCESSITÉ D'UNE RIPOSTE MONDIALE

En fonction de la pyramide des âges des pays, 5 à 15 % des personnes qui auront contracté la COVID-19 auront des complications gravissimes et devront être placés sous respirateur artificiel, et 15 à 20 % auront des symptômes graves demandant une oxygénothérapie ou d'autres traitements en hôpital². Les facteurs dont on sait qu'ils aggravent le risque de développer une forme grave de la maladie à COVID-19 sont les

suivants : être âgé de plus de 60 ans, souffrir d'hypertension, de diabète, de maladies cardiovasculaires, de maladies respiratoires chroniques ou d'affections immunodéficientes. Environ un cinquième de la population mondiale, soit 1,7 milliard de personnes, présente au moins une de ces conditions sous-jacentes, alors que 350 millions de personnes (4 % de la population mondiale) risquent de développer une forme grave de la COVID-19³. La part de la population à risque est plus élevée dans les pays à population plus âgée, les pays d'Afrique qui connaissent une forte prévalence du VIH/SIDA et les petits États insulaires caractérisés par une forte prévalence du diabète.

La COVID-19 frappe souvent plus durement ceux qui peuvent le moins se le permettre : les personnes âgées, les personnes atteintes de maladies chroniques ou celles qui ont de mauvaises conditions de vie. Dans les établissements d'hébergement de longue durée, les taux élevés de morbidité et de mortalité des personnes âgées sont élevés et beaucoup de membres du personnel sont absents à cause de la COVID-19. Dans plusieurs pays de l'Union européenne, les décès parmi les résidents de ce type d'établissements d'hébergement ont représenté plus de la moitié de tous les décès

2 OMS, "Operational considerations for case management of COVID-19 in health facility and community", 19 mars 2020, consultable à l'adresse https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331492/WHO-2019-nCoV-HCF_operations-2020.1-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

3 Andrew Clark et autres, "Global, regional, and national estimates of the population at increased risk of severe COVID-19 due to underlying health conditions in 2020: a modelling study", *The Lancet*, 15 juin 2020, consultable à l'adresse www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S2214-109X%2820%2930264-3.

liés à COVID-19⁴. Les personnes qui vivent dans des espaces confinés, qu'il s'agisse d'installations surpeuplées, de camps de réfugiés ou de migrants ou d'établissements carcéraux, sont elles aussi particulièrement exposées.

Les personnels de santé courent aussi un risque élevé d'infection par la COVID-19 puisqu'ils sont plus fréquemment en contact avec des cas de COVID-19 (voir [encadré 1.1](#)). Les personnes qui font un travail essentiel en première ligne, par exemple dans le secteur des transports publics, dans la production alimentaire ou dans le maintien de l'ordre, sont également plus exposées. Plusieurs maladies chroniques augmentent la susceptibilité d'être infecté par la COVID-19 et accroissent les risques de séquelles. Par exemple, on a pu constater qu'en cas d'infection par le VIH, la mortalité due à la COVID-19 était 2,5 fois plus importante dans la province du Cap-Occidental, en Afrique du Sud. L'angoisse et la dépression sont des phénomènes courants parmi les personnes hospitalisées à cause de la COVID-19, l'étude d'une cohorte de personnes hospitalisées à

Wuhan, en Chine, ayant par exemple révélé que plus de 34 % des personnes présentaient des symptômes d'angoisse et plus de 28 % des symptômes de dépression. C'est bien la preuve qu'il est essentiel de considérer les services de santé mentale comme des composantes essentielles de la riposte à la COVID-19 à l'échelle nationale, comme souligné dans la note de synthèse publiée en mai 2020 [sur la nécessité de tenir compte de la santé mentale dans le cadre de la lutte contre la COVID-19](#).

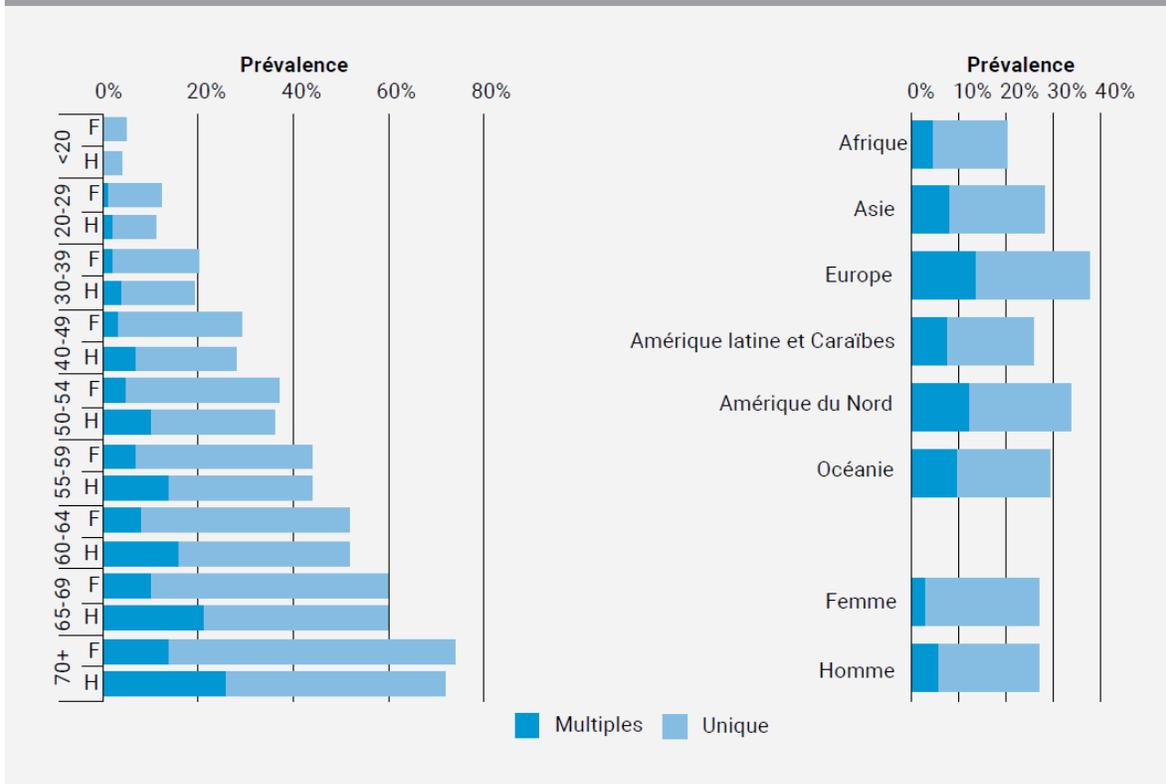
Qu'elles travaillent dans le secteur de la santé, s'occupent de tiers ou mobilisent leurs communautés, les femmes jouent un rôle disproportionné dans la riposte à la pandémie. Au niveau mondial, les femmes représentent 70 % du personnel de santé⁵ et, dans certains pays, les femmes qui travaillent dans le secteur de la santé sont deux fois plus sujettes que leurs homologues masculins à l'infection⁶. À la maison, les femmes assument trois fois plus de soins non rémunérés que les hommes. Lorsque les systèmes de santé sont surchargés, la charge des soins à domicile est automatiquement plus importante et c'est en grande partie sur les femmes et les jeunes filles que cela retombe.

4 Centre européen de prévention et de contrôle des maladies, "Epidemiology of COVID-19", 15 juillet 2020, consultable à l'adresse www.ecdc.europa.eu/en/covid-19/latest-evidence/epidemiology.

5 M. Boniol et autres, "Gender Equity in the Health Workforce: Analysis of 104 Countries", Health Workforce Working Paper 1, OMS, (2019); par exemple les cas de l'Espagne et des États-Unis où plus de 70 % des membres des personnels de santé infectés étaient des femmes, voir ONU-Femmes, COVID-19: Emerging gender data and why it matters", 26 June 2020, available at <https://data.unwomen.org/resources/covid-19-emerging-gender-data-and-why-it-matters>.

6 ONU-Femmes, "COVID-19 And Women's Leadership: From An Effective Response to Building Back Better", Note de synthèse n° 18 (2020), consultable à l'adresse www.unwomen.org/-/media/headquarters/attachments/sections/library/publications/2020/policy-brief-covid-19-and-wom-ens-leadership-en.pdf?la=en&vs=409.

FIGURE 1.1. PRÉVALENCE DES FACTEURS DE RISQUE EXPOSANT À DES FORMES GRAVES DE LA MALADIE, PAR ÂGE, SEXE ET RÉGION, 2020



Le poids des femmes à la table des décisions ne rend pas compte du rôle qu'elles jouent face à la pandémie ni du fardeau qui pèsent sur leurs épaules. Au 1^{er} janvier 2020, les trois quarts des sièges parlementaires mondiaux sont occupés par des hommes. Seulement 25 % des ministres de la santé dans le monde sont des femmes, et les femmes n'occupent que 25 % des postes de décision dans les institutions de santé. Par ailleurs, 72 % des cadres des organismes de santé mondiaux sont des hommes⁷. Les femmes ne doivent pas être cantonnées aux activités en première ligne mais également participer à la conception, à la mise en œuvre et au suivi des ripostes à la COVID-19 à l'échelle nationale. Pourtant, l'action des femmes chefs d'État et de gouvernement face à la COVID-19 a été jugée particulièrement efficace⁸.

Étant donné que la plupart des personnes qui travaillent en première ligne sont des femmes, il conviendrait d'adopter des dispositifs d'aide tenant compte des besoins qui leur sont propres (par exemple l'aménagement des modalités de travail, la gratuité des transports, le versement de primes et l'offre de services supplémentaires), tout en reconnaissant la charge de travail en plus que font peser sur elles les soins non rémunérés pendant la pandémie.

ENCADRÉ 1.1. INCLUSION DES RÉFUGIÉS

Les réfugiés, les personnes déplacées et les apatrides en situation de vulnérabilité sont particulièrement exposés à l'impact de la COVID-19 sur la santé. Les risques sont aggravés dans les milieux fragiles, touchés par des conflits et des crises humanitaires, où un grand nombre de réfugiés et de personnes déplacées vivent dans des conditions de surpopulation ou d'insalubrité favorisant la propagation de la COVID-19. Plus de 85 % des personnes réfugiées sont accueillies dans des pays à faible revenu ou à revenu intermédiaire. Dans le Pacte mondial pour les réfugiés, il est demandé à la communauté internationale de veiller à ce que les réfugiés et les communautés hôtes ne soient pas oubliés dans les progrès accomplis à l'échelle nationale sur la voie des objectifs de développement durable, notamment en soutenant l'intégration des réfugiés dans les systèmes de santé nationaux⁹. Dans sa note de synthèse sur **la COVID-19 et les personnes en situation de déplacement**, le Secrétaire général a également demandé que ces personnes soient incluses dans les plans d'intervention nationaux face à la COVID-19, que leurs droits soient protégés et que le rôle qu'elles pourraient jouer pour trouver des solutions soit reconnu à sa juste valeur.

7 ONU-Femmes, "COVID-19 And Women's Leadership", voir par exemple Allemagne, Danemark, Éthiopie, Finlande, Islande, Nouvelle-Zélande et Slovaquie.

8 ONU-Femmes, "Rapid gender assessment of the situation and needs of women in the context of COVID-19 in Ukraine", 2020, consultable à https://www2.unwomen.org/-/media/field%20office%20eca/attachments/publications/2020/06/rapid%20gender%20assessment_eng-min.pdf?la=en&vs=3646.

9 Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés, "Global Compact on Refugees", consultable à l'adresse www.unhcr.org/the-global-compact-on-refugees.html.

ENCADRÉ 1.2 : EXEMPLES DE BONNES PRATIQUES

POUR FAIRE FACE À L'IMPACT DE LA COVID-19 SUR LA SANTÉ PARMIS LES RÉFUGIÉS ET LES PERSONNES DÉPLACÉES

- > Au Ghana et en Turquie, les réfugiés sont pleinement inclus dans les systèmes de santé nationaux au même titre que les nationaux.
- > Au Rwanda, les réfugiés urbains de Kigali ont été inclus dans le régime national d'assurance maladie sociale.
- > En Mauritanie, avec le soutien de la Banque mondiale, la transition est en cours pour améliorer la capacité du système national d'inclure pleinement les réfugiés.
- > Au Pérou, une couverture de santé temporaire a été approuvée pour les réfugiés et les migrants dont on pense qu'ils ont pu contracter la COVID-19 ou dont le test est positif.

Les États ont besoin d'un soutien à la fois financier et technique pour mettre en œuvre des politiques de santé publique pleinement inclusives. En adoptant de telles politiques, les pays d'accueil des réfugiés peuvent avoir accès à des financements humanitaires et des financements aux fins du développement et à la possibilité de planifier des projets pluriannuels.

POUR FAIRE FACE AUX RETOMBÉES SOCIOÉCONOMIQUES DE LA COVID-19 SUR LES PERSONNES DÉPLACÉES DE FORCE

- > Le Pérou, le Chili et l'Argentine ont récemment commencé à autoriser des médecins, des infirmières et des infirmiers et d'autres membres du personnel médical formés à l'étranger à travailler pendant la riposte à la COVID-19. En Irlande, le Conseil médical a annoncé qu'il autoriserait celles et ceux parmi les réfugiés et les demandeurs d'asile qui ont une formation médicale à fournir un appui médical en assumant certains rôles, notamment en tant qu'assistants de santé.
- > Les acteurs humanitaires au Burkina Faso, au Tchad, en Guinée et au Libéria continuent de verser des primes aux enseignants pendant la fermeture des écoles pour les enseignants réfugiés afin d'assurer la continuité des revenus.
- > Le Gouvernement sud-africain a confirmé que 30 % de l'aide financière aux propriétaires de petits commerces de proximité peut aller à des entreprises appartenant à des étrangers, y compris celles appartenant à des réfugiés.

Les gouvernements du monde entier ont étendu leurs mesures de contrôle de réduction de la COVID-19. Ces mesures comprennent la fermeture d'établissements scolaires et de lieux de travail, l'annulation de manifestations publiques, des restrictions sur la taille des rassemblements, la réduction des transports publics, l'obligation de rester à la maison et des restrictions sur les mouvements internes et les voyages internationaux¹⁰. De telles mesures se sont avérées efficaces pour inverser la tendance à l'augmentation du nombre de cas et de morts de la COVID-19. Par exemple, les pays qui se sont confinés rapidement ont eu un moins grand nombre de morts à déplorer dans les semaines qui ont suivi. En outre, le taux de mortalité cumulé par habitant de COVID-19 a plafonné à des niveaux différents en fonction des pays. Certaines personnes particulièrement à risque, comme les personnes âgées, peuvent avoir besoin d'une protection supplémentaire contre une exposition potentielle à l'infection par la COVID-19. D'autres, tels que les détenus non violents vivant dans des espaces confinés, ont été libérés au cas par cas.

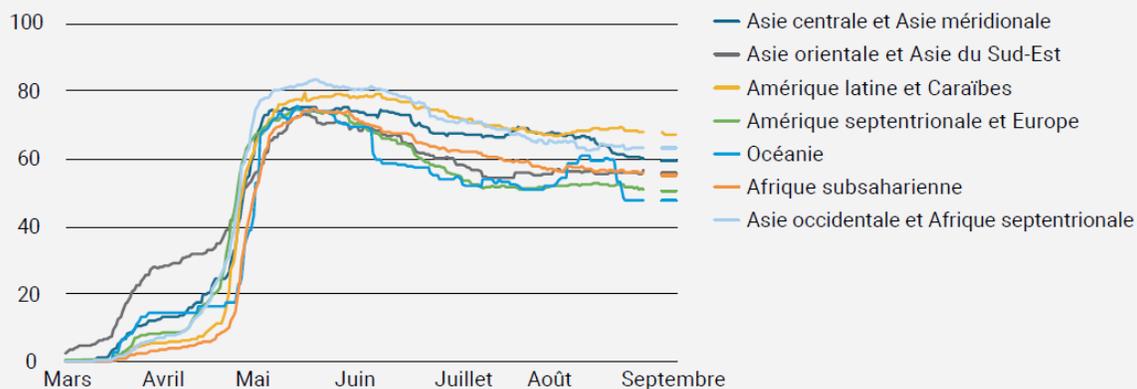
Les décisions en matière de traitement et de soins doivent être fondées sur les besoins médicaux et non sur des facteurs discriminatoires tels que l'origine ethnique, la nationalité, la religion, le sexe, l'âge, le handicap ou l'affiliation politique. Il est essentiel que les patients présentant des problèmes de santé ou des symptômes similaires reçoivent un traitement et des soins équivalents.

Les patients et les personnes qui s'occupent d'eux doivent être impliqués dans la prise de décision dans la plus large mesure possible, et il convient que les options envisageables et les limites des traitements leur soient expliqués. Il est important que les traitements et les soins n'aggravent pas les difficultés financières rencontrées par les personnes, ce qui est la raison d'être même de la couverture sanitaire universelle.

¹⁰ Blavatnik School of Government, University of Oxford, "US Government Response", 14 septembre 2020, consultable à l'adresse suivante www.bsg.ox.ac.uk/research/research-projects/coronavirus-government-response-tracker.

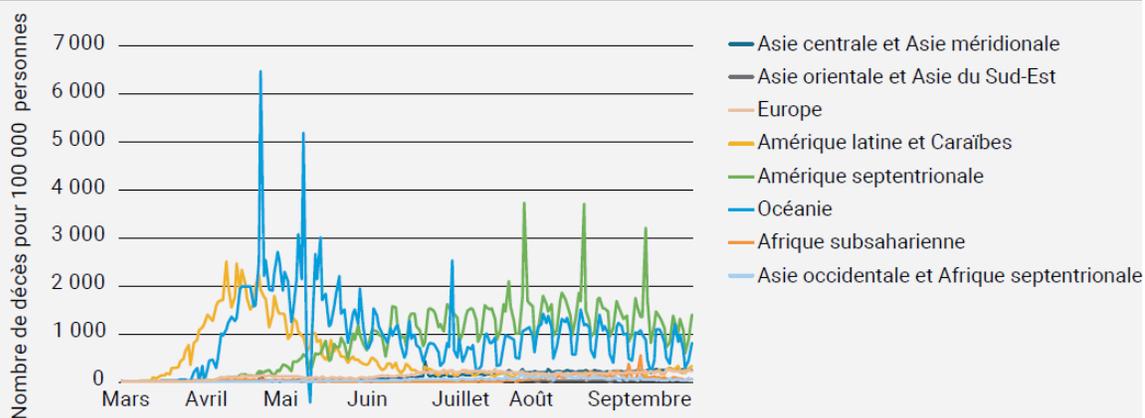
FIGURE 1.2. MESURES D'ENDIGUEMENT ET INTERVENTIONS DE SANTÉ PUBLIQUE PAR RÉGION, 2020

L'index court de 0 à 100 et correspond à l'intensité de l'intervention des pouvoirs publics dans le secteur de la santé, par région.



Source : Organisation mondiale de la Santé.

FIGURE 1.3. TENDANCES CONCERNANT LES CAS DE COVID-19 ET LE NOMBRE DE DÉCÈS PAR ODD ET PAR RÉGION, 2020



Source : Organisation mondiale de la Santé.

1.2. IMPACT SUR LES AUTRES SERVICES DE SANTÉ

Le nombre de patients atteints de la COVID-19 compromet la capacité des systèmes de santé de fournir d'autres services de santé essentiels.

À l'échelle locale, cela peut signifier que des opérations chirurgicales électives et d'autres procédures non urgentes sont annulées, mais cela peut aussi entraîner des effets plus larges en raison de la restriction des déplacements, de l'interruption des chaînes d'approvisionnement et des redéploiements de personnels¹¹. Les effets indirects de l'épidémie de la COVID-19 sont parfois plus graves que son impact direct. Nous avons déjà constaté des perturbations dans 90 % des pays. Comme pour la COVID-19, les personnes qui ne bénéficient pas des services de santé essentiels sont le plus souvent issues de groupes pauvres et défavorisés ayant un accès plus limité aux services.

À l'échelle mondiale, cela peut avoir des conséquences entravant l'accomplissement de progrès sur la voie des objectifs de développement durable (ODD) ou se traduisant même par un recul. Par exemple, des réductions de la couverture allant de 9,8 à 18,5 % des interventions en matière de santé procréative, maternelle et infantile, comme la vaccination, et

une augmentation de 10 % de l'émaciation pourraient entraîner plus de 250 000 décès d'enfants supplémentaires et 12 000 décès maternels sur 6 mois dans 118 pays¹². Par ailleurs, 47 millions de femmes risquent de ne pas avoir accès à des méthodes contraceptives modernes. On craint 7 millions de grossesses non désirées et 31 millions de cas supplémentaires de violences fondées sur le genre si les confinements se poursuivent pendant au moins six mois dans 114 pays à faible revenu et pays à revenu intermédiaire¹³. Une suspension de la distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide en 2020 et la réduction de l'accès à un traitement antipaludéen efficace pourraient entraîner, selon les estimations, 769 000 décès des suites du paludisme d'ici à la fin de l'année 2020¹⁴. Si on suppose que 25 % de cas de tuberculose ne seront pas diagnostiqués pendant trois mois, cela pourrait augmenter les décès dus à la tuberculose de 13 %, ce qui nous ramènerait aux niveaux de mortalité due à la tuberculose d'il y a cinq ans¹⁵. Une interruption de six mois de la thérapie antirétrovirale pourrait entraîner plus de 500 000 décès supplémentaires des suites de maladies liées au sida en Afrique subsaharienne en 2020-2021 : d'après les estimations, en 2018, 470 000 personnes seraient mortes de maladies liées au sida dans la région¹⁶.

11 OMS, "Maintaining essential health services: operational guidance for the COVID-19 context", 1^{er} juin 2020, consultable à l'adresse www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-essential-health-services-2020.1.

12 Timothy Roberton et autres, "Early estimates of the indirect effects of the COVID-19 pandemic on maternal and child mortality in low-income and middle-income countries: a modelling study", *The Lancet: Global Health*, vol. 8, n° 7, 1^{er} juillet 2020, consultable à l'adresse [www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(20\)30229-1/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(20)30229-1/fulltext).

13 Fonds des Nations Unies pour la population, "Coronavirus Disease (COVID-19) Pandemic", juin 2020, consultable à l'adresse www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/UNFPA_Global_Response_Plan_Revised_June_2020_.pdf.

14 OMS, "The potential impact of health service disruptions on the burden of malaria", 23 avril 2020, consultable à l'adresse www.who.int/publications/i/item/the-potential-impact-of-health-service-disruptions-on-the-burden-of-malaria.

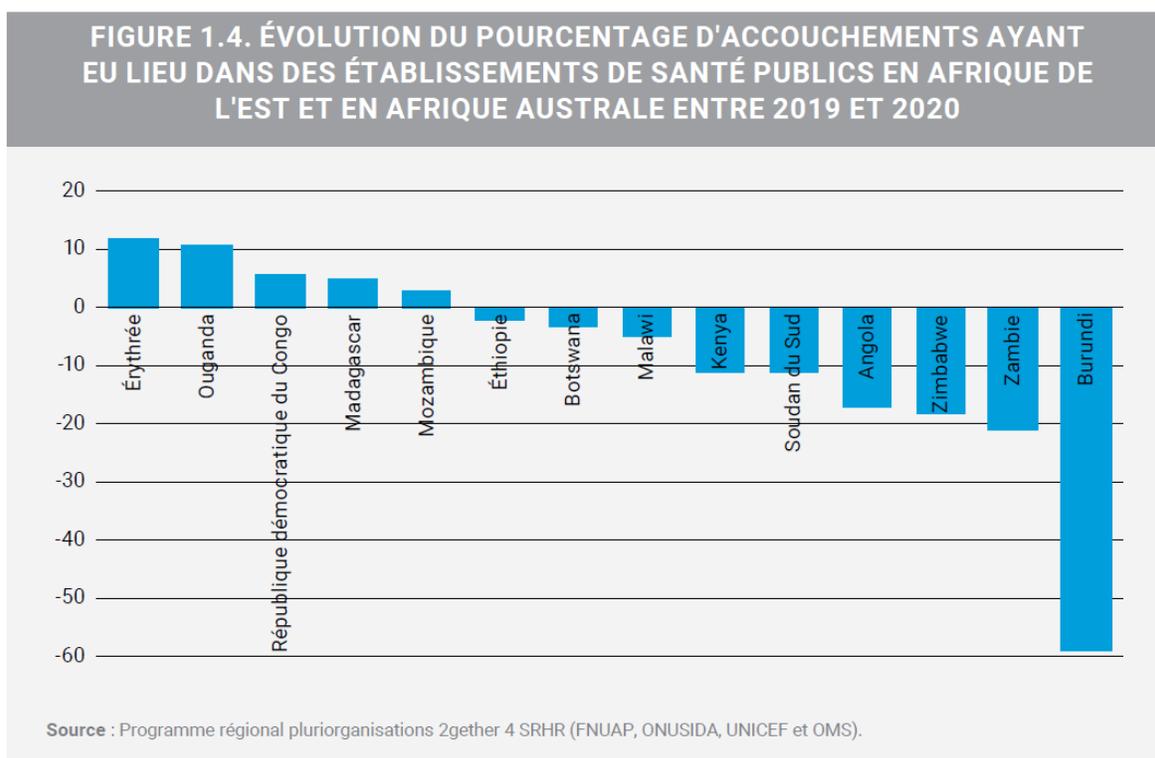
15 OMS, "Tuberculosis and COVID-19", Note d'information, 12 mai 2020, consultable à l'adresse www.who.int/docs/default-source/documents/tuberculosis/infonote-tb-covid-19.pdf?sfvrsn=b5985459_18.

16 A. Hogan et autres "Spiral: Report 19: The Potential Impact of the COVID-19 Epidemic on HIV, TB and Malaria in Low- and Middle-Income Countries", 30 avril 2020, consultable à l'adresse <https://spiral.imperial.ac.uk:8443/handle/10044/1/78670>.

La COVID-19 peut avoir un effet négatif sur les résultats des personnes atteintes de maladies non transmissibles en retardant le diagnostic de maladies non transmissibles, telles que les cancers et les maladies cardiaques, entre autres, qui ne peuvent donc être traitées qu'à des stades plus avancés. Des retards dans la prise en charge des crises cardiaques, des accidents

vasculaires cérébraux et des cancers ont été signalés dans certains pays¹⁷.

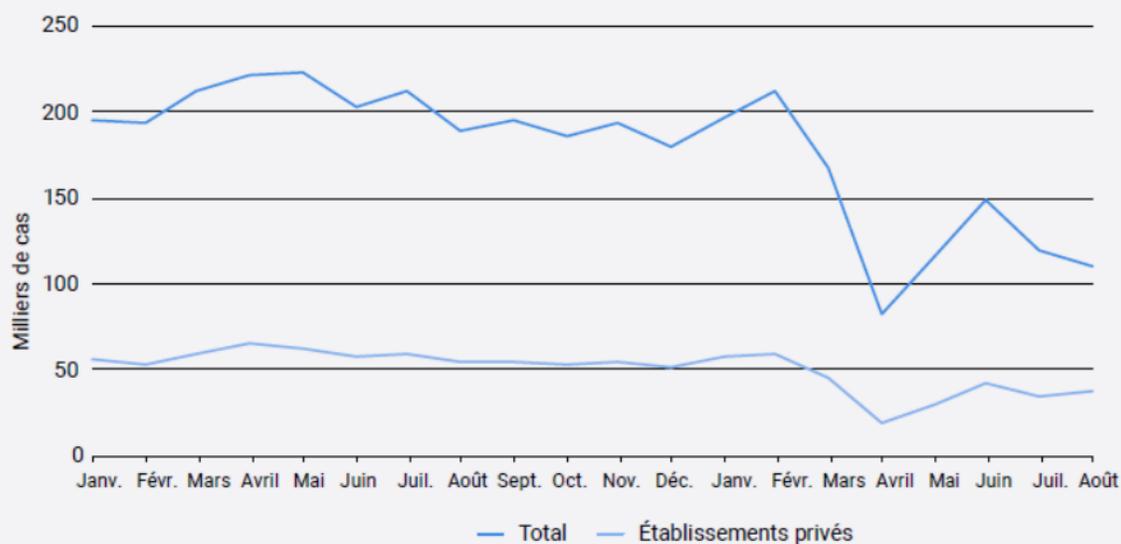
Pour minimiser la morbidité et la mortalité, les pays doivent identifier les services de santé essentiels qui seront prioritaires pendant la phase aiguë de la pandémie de COVID-19. Les catégories hautement prioritaires sont données l'encadré 1.3¹⁸.



¹⁷ Marion M. Mafham et autres, "COVID-19 pandemic and admission rates for and management of acute coronary syndromes in England", *The Lancet*, vol. 396, n° 10248, 8 août 2020, consultable à l'adresse [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31356-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31356-8).

¹⁸ OMS, "Maintaining essential health services".

FIGURE 1.5. DIMINUTION DU NOMBRE DE PATIENTS ATTEINTS DE LA TUBERCULOSE SOIGNÉS DANS DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ EN INDE, 2019–2020



Le confinement à l'échelle nationale a débuté à la semaine 12, des levées partielles ont été autorisées à la semaine 16 dans certains États. Données tirées du site Web public du système national de surveillance de la tuberculose en temps réel.

Source : <https://reports.nikshay.in/Reports/TBNotification>.

ENCADRÉ 1.3. SERVICES PRIORITAIRES DURANT LA PANDÉMIE DE COVID-19

- Gestion des situations d'urgence sanitaire et des manifestations aiguës courantes qui nécessitent des interventions rapides, y compris les soins à apporter aux femmes rescapées de violence ;
- Services de prévention et de traitement des maladies transmissibles, y compris les vaccinations ;
- Services liés à la santé sexuelle et procréative, y compris pendant la grossesse et l'accouchement ;
- Services de base pour les populations vulnérables, telles que les nourrissons et les personnes âgées ;
- Fourniture de médicaments, de matériel et de soutien par les personnels de santé pour la gestion continue des maladies chroniques, y compris les troubles mentaux ; et
- Services auxiliaires, tels que l'imagerie diagnostique de base, les services de laboratoire et les banques de sang.

À mesure que le nombre de cas de COVID-19 diminuera, de nombreux services qui ont été suspendus devront être rétablis rapidement. Les décisions relatives aux modifications de l'offre de services doivent être éclairées par des données précises et opportunes sur la prestation d'un ensemble de services essentiels. Les rapports doivent mettre en évidence tout changement dans l'état de préparation des établissements de santé et des systèmes de prestation de services à la communauté, y compris les programmes de prévention interrompus, par exemple pour les vaccins manqués, ainsi que les cas d'exacerbation grave des maladies non transmissibles ou d'infections avancées. Le rétablissement des services est susceptible de se produire dans un contexte de « nouvelle normalité », avec des risques permanents de transmission de la COVID-19 et de récurrence de foyers locaux ou de transmission communautaire. Des plans d'urgence en cas de nouvel épisode de suspension des services doivent être mis au point et prévoir notamment le réapprovisionnement en équipements et en médicaments et la formation du personnel.

1.3. IMPACT SOCIOÉCONOMIQUE

Diverses mesures visant à limiter la propagation de la COVID-19 et à réduire les pressions sur les systèmes sanitaires ont entraîné une réduction des déplacements, de la consommation et des

investissements, ainsi que de la main-d'œuvre disponible et de la production, ce qui a eu d'énormes conséquences socioéconomiques, en particulier pour les plus vulnérables¹⁹. Ces conséquences et les mesures visant à les atténuer ont été présentées en détail dans les précédentes notes de synthèses sur la COVID-19. Le FMI et la Banque mondiale soutiennent l'initiative de suspension du service de la dette, qui permet aux emprunteurs d'utiliser les ressources ainsi libérées pour investir davantage dans la protection sociale, la santé ou l'économie. Ces financements publics sont notamment cruciaux en vue de l'instauration d'une couverture sanitaire universelle^{20, 21, 22}.

Malgré ces mesures de relance budgétaire, la production des économies avancées devrait baisser de 7 %, tandis que celle des marchés émergents et des économies en développement se contractera pour la première fois depuis plus de 50 ans. La pandémie coûte à l'économie mondiale 375 milliards de dollars par mois et 500 millions d'emplois depuis le début de la crise. Il sera vital de s'attaquer à la cause profonde de la crise économique, à savoir la COVID-19, en investissant de façon prioritaire, et sans attendre, dans le domaine de la santé. Le coût financier d'un plan de santé publique complet qui permette de faire face à la pandémie sera faible comparé à celui d'une récession mondiale prolongée. Les politiques de santé publique doivent financer en priorité la santé et

19 Banque mondiale, *Global Economic Prospects*, « Chapter 1: Global Outlook, Pandemic, Recession: The Global Economy in Crisis », juin 2020, consultable à l'adresse www.banquemondiale.org/fr/publication/global-economic-prospects.

20 Organisation mondiale de la Santé, "Policy Brief n° 1 – Raising revenues for health in support of UHC: strategic issues for policy makers", 10 novembre 2015, consultable à l'adresse www.who.int/publications/i/item/raising-revenues-for-health-in-support-of-uhc-strategic-issues-for-policy-makers.

21 Ajay Tandon *et al.*, "From slippery slopes to steep hills: Contrasting landscapes of economic growth and public spending for health", *Social Science and Medicine*, vol. 259, août 2020, consultable à l'adresse www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953620303907?dgcid=rss_sd_all.

22 Joseph Kutzin, Winnie Yip et Cheryl Cashin, "Alternative Financing Strategies for Universal Health Coverage", *World Scientific Handbook of Global Health Economics and Public Policy*, 2016, consultable à l'adresse www.worldscientific.com/doi/abs/10.1142/9789813140493_0005.

lever les obstacles financiers à l'accès aux services²³.

La récession mondiale devrait entraîner la première augmentation de l'extrême pauvreté dans le monde depuis 1998. D'après les estimations, la COVID-19 pourrait faire basculer de 70 à 100 millions de personnes supplémentaires dans l'extrême pauvreté en 2020, ce qui réduirait à néant les progrès réalisés dans ce domaine depuis 2017. Les conséquences pour la santé humaine pourraient être graves, et l'on pourrait assister à un recul sur toutes les cibles associées aux objectifs de développement durable qui concernent la santé. Une forte régression est à prévoir pour celles dont la réalisation dépend le plus d'un indicateur de pauvreté (par exemple, les personnes atteintes de tuberculose seront moins susceptibles d'être traitées, les taux d'accouchement par du personnel qualifié baisseront).

Les personnes qui auront basculé dans l'extrême pauvreté seront en grande partie concentrées dans des pays qui sont déjà aux prises avec des taux de pauvreté élevés et un nombre important de pauvres. Près de la moitié d'entre elles vivront en Asie du Sud, et plus d'un tiers en Afrique subsaharienne. L'augmentation de la pauvreté dans le monde menace la capacité des plus vulnérables d'accéder aux services de santé. Les soins de santé au coût exorbitant n'ont cessé de se multiplier entre 2000 et 2015, et cette tendance pourrait encore s'accroître du fait de la pandémie de COVID-19²⁴.

1.4. ÉLARGIR MASSIVEMENT L'ACCÈS AUX NOUVEAUX DIAGNOSTICS RAPIDES ET AUX TRAITEMENTS, ET VEILLER À CE QUE LES FUTURS VACCINS CONTRE LA COVID-19 SOIENT UN BIEN PUBLIC MONDIAL

Nous sommes maintenant à un moment critique de la pandémie de COVID-19. Après avoir endigué une première fois la transmission du virus, de nombreux pays connaissent actuellement une résurgence des cas de COVID-19 à la suite de l'assouplissement de certaines restrictions. L'OMS a exhorté les pays à continuer d'appliquer pleinement les mesures de santé publique dont l'efficacité a été établie, et a fourni des [orientations détaillées](#) pour endiguer la transmission du virus.

Des vaccins, des diagnostics et des traitements sûrs et efficaces seront essentiels pour mettre fin à la pandémie et accélérer le relèvement à l'échelle mondiale. Mais ces outils salvateurs ne seront efficaces que s'ils sont également et simultanément disponibles pour les plus vulnérables dans tous les pays. En d'autres termes, ils doivent être des biens publics mondiaux. Le Dispositif visant à accélérer l'[accès aux outils de lutte contre la COVID-19](#) (Accélérateur ACT) est la meilleure solution, à l'échelle mondiale, pour accélérer la mise au point des outils nécessaires pour sauver des vies le plus rapidement possible et mettre ces outils à la disposition du plus grand nombre, aussi équitablement que possible.

23 UHC2030 International Health Partnership, "Living with COVID-19: Time to get our act together on health emergencies and UHC", document de réflexion, 27 mai 2020, consultable à l'adresse www.uhc2030.org/blog-news-events/uhc2030-events/time-to-get-our-act-together-on-uhc-and-health-emergencies-555356/.

24 Organisation mondiale de la Santé, *Primary Health Care on the Road to Universal Health Coverage: 2019 Monitoring Report*, consultable à l'adresse www.who.int/healthinfo/universal_health_coverage/report/uhc_report_2019.pdf?ua=1.

L'Accélérateur ACT donne déjà des résultats concrets : l'évaluation de dizaines de nouveaux diagnostics rapides innovants, la seule thérapie éprouvée pour le traitement des cas graves de COVID-19, le plus large portefeuille de recherche sur des vaccins et la création du Mécanisme COVAX pour la production de vaccins, auquel participent plus de 156 pays et qui devrait prochainement compter davantage de membres, et l'obtention d'un consensus sur la répartition de ces produits au niveau international. Grâce à ce Mécanisme, les pays partagent les risques et sont plus susceptibles d'avoir accès aux vaccins les plus efficaces, les plus éprouvés et les plus sûrs. Cette mutualisation des risques et des bénéfices —par opposition aux efforts nationaux pour la mise au point d'un vaccin —est la seule manière sûre et certaine de relancer rapidement l'économie mondiale et de recréer des moyens de subsistance. Dans un premier temps, il s'agit

de fournir des vaccins à ceux qui en ont le plus besoin, notamment les travailleurs sociaux et les personnels de santé, les personnes âgées et les autres populations vulnérables, indépendamment des revenus des personnes concernées, et ce simultanément dans le monde entier. L'Accélérateur ACT doit rapidement sortir de sa phase de lancement afin de tirer parti des immenses progrès accomplis pour générer des effets à grande échelle.

Investir dans l'accélérateur ACT permettra à chaque pays d'accélérer son propre relèvement. L'Accélérateur ACT a besoin d'urgence de 35 milliards de dollars pour l'aider à passer de la phase de lancement à des travaux à grande échelle afin d'atteindre ses objectifs —produire 2 milliards de doses de vaccin, 245 millions de traitements et 500 millions de tests

2. La couverture sanitaire universelle importante pour répondre efficacement à la COVID-19

La crise de la COVID-19 a mis en lumière des risques sanitaires mondiaux qui ont été longtemps ignorés, notamment des systèmes de santé inadéquats, des lacunes dans la protection sociale et des inégalités structurelles. Elle a également mis en évidence l'importance d'une santé publique de base et des services de santé pour la résilience des populations face à un nouveau virus ou une nouvelle pandémie, ce qui rend de plus en plus urgente l'instauration d'une couverture sanitaire universelle.

La santé est un droit humain fondamental, qui comprend les services de soin de santé ainsi que les déterminants de la santé, et la couverture sanitaire universelle est un outil essentiel pour permettre à tous d'être en bonne santé. La couverture sanitaire universelle est définie comme une situation dans laquelle tous les individus et tous les groupes reçoivent les services de santé dont ils ont besoin sans obstacle d'ordre financier. Et pourtant, au moins la moitié de la population mondiale ne bénéficie pas d'une couverture complète de services de santé essentiels et plus de 800 millions de

personnes dépensent au moins 10 % des revenus du ménage pour des soins de santé²⁵.

La pandémie de COVID-19 a également mis au jour des incohérences dans les systèmes de couverture sanitaire universelle. Par définition, ces derniers comprennent l'accès à toute la gamme des services de soin, y compris la promotion de la santé, la prévention et les traitements. Tous ces aspects, ainsi que la sécurité sanitaire, sont inclus dans le suivi des progrès de la couverture sanitaire universelle au titre de l'indicateur 3.8.1 relatif aux objectifs de développement durable (couverture des services de santé essentiels). Dans les faits, cependant, l'accent est mis en grande partie sur les traitements, et l'attention portée à la promotion de la santé et à la prévention est moindre voire nulle²⁶.

2.1. DES BIENS COMMUNS POUR LA SANTÉ

25 Organisation mondiale de la Santé, « Couverture sanitaire universelle », consultable à l'adresse [www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](http://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc)).

26 UHC2030, *Living with COVID-19*, consultable à l'adresse www.uhc2030.org/fileadmin/uploads/uhc2030/Documents/Key_Issues/Health_emergencies_and_UHC/UHC2030_discussion_paper_on_health_emergencies_and_UHC_-_May_2020.pdf.

ENCADRÉ 2.1. BIENS COMMUNS POUR LA SANTÉ*

- > Coordination des politiques
 - >> Capacités institutionnelles (ex. : centre de contrôle des maladies, institut de santé publique, centre des opérations d'urgence)
 - >> Politiques du marché du travail dans le domaine de la santé
 - >> Chaînes d'achat et d'approvisionnement pour les équipements de protection individuelle et autres fournitures
- > Information et surveillance (ex. : centre de contrôle des maladies, instituts de santé publique, surveillance par les populations locales, y compris les systèmes d'information), et la capacité des laboratoires (ex. : extension des capacités de dépistage de la COVID-19)
- > Communication sur les risques (ex. : campagnes de sensibilisation visant à donner aux personnes et aux familles des moyens de mieux gérer leur propre santé, à mobiliser la population et à renforcer la confiance)
- > Réglementation
 - >> Contrôle et autorisation de vente des denrées alimentaires
 - >> Réglementation de la qualité des médicaments et des produits de santé
- > Mesures fiscales (ex. : impôt-santé, suppression des subventions à l'exploitation de certaines sources d'énergie pour réduire l'incidence des maladies respiratoires)
- > Programmes de santé publique
 - >> L'eau et l'assainissement dans les établissements de santé
 - >> Vaccination
 - >> Santé animale
 - >> Salubrité de l'environnement

* Ou fonctions essentielles de santé publique

Pour répondre à la pandémie de manière efficace et efficiente, et jeter les bases d'un avenir meilleur, les gouvernements doivent investir davantage dans les fonctions essentielles des systèmes de santé, qui sont fondamentales pour préserver et promouvoir la santé et le bien-être, qui sont des « biens communs pour la santé » (voir l'[encadré 2.1](#))²⁷. En termes de droits de l'homme, cela signifie qu'il faut engager le maximum de ressources disponibles pour satisfaire aux obligations fondamentales minimales du droit à la santé. Cela passe notamment par l'accès aux médicaments essentiels et la distribution équitable de tous les équipements, produits et services sanitaires. Ces fonctions sont comprises dans les engagements pris par tous les États Membres en vertu du *Règlement sanitaire international* et de la *Déclaration politique sur la couverture sanitaire universelle* de 2019^{28, 29}. La préparation peut être intégrée aux capacités existantes des systèmes de santé plutôt que de créer de nouvelles structures ou d'embaucher du personnel supplémentaire. L'expérience de la COVID-19 nous montre que les systèmes de santé de nombreux pays n'étaient pas suffisamment préparés pour protéger correctement la santé des populations.

Des systèmes de santé solides basés sur les soins de santé primaires sont le fondement d'une réponse efficace à la COVID-19 et de la couverture médicale universelle. Dans certains pays, les mesures d'urgence ont davantage porté sur l'augmentation du nombre de lits de soins intensifs que sur les soins primaires. Les deux sont en réalité nécessaires. Les services offerts dans les établissements de santé doivent être

27 Organisation mondiale de la Santé, « Common goods for health », 2019, consultable à l'adresse www.who.int/health-topics/common-goods-for-health#tab=tab_1.

28 Organisation mondiale de la Santé, *Règlement sanitaire international (2005), troisième édition*, 1^{er} janvier 2016, consultable à l'adresse www.who.int/fr/publications/i/item/9789241580496.

29 <https://undocs.org/fr/A/RES/74/2>.

fournis conformément aux règles de distanciation physique, et les personnels de santé doivent porter des équipements de protection individuelle et des masques, tandis que les soins de santé primaires qui font habituellement l'objet de plusieurs visites doivent être intégrés lorsque cela est possible. Les procédures d'admission des malades hospitalisés peuvent être adaptées, car le rapport risques/avantages associé aux soins hospitaliers peut évoluer.

D'autres solutions doivent être trouvées d'urgence pour la fourniture de médicaments et de services essentiels en cas d'accès restreint aux établissements de santé. Par exemple, la télémédecine pour la fourniture d'informations essentielles, la livraison de médicaments par la poste, les soins auto-administrés et le partage des tâches pour les travailleurs de proximité sont autant de mécanismes qui peuvent accroître l'accès aux services de santé essentiels lorsque les soins en établissement ne sont pas possibles.

Une communication efficace et la mobilisation de la population sont essentielles pour maintenir la confiance du public. Si les interactions entre patients et prestataires de soins doivent être conformes aux recommandations en matière de distanciation physique pendant la pandémie de COVID-19, les patients atteints de pathologies nécessitant une prise en charge rapide ne doivent pas attendre pour consulter un médecin et ceux souffrant de maladies chroniques doivent poursuivre leur traitement. Il est essentiel de diffuser des messages clairs sur où et quand consulter, et la suspension des frais pour les patients, et de rassurer quant à la sécurité des soins offerts.

La participation de la société civile aux groupes de travail nationaux de coordination sur la COVID-19 est essentielle pour une réponse plus

efficace. La participation et l'accès à l'information et à l'éducation en matière de santé sont essentiels pour jouir pleinement du droit à la santé. Des informations précises, accessibles et disponibles en temps utile et dans toutes les langues locales permettent aux populations concernées de prendre des décisions éclairées pour se protéger et protéger les autres. Les populations peuvent être utilement associées à la réponse sanitaire, en particulier lorsqu'elles sont invitées à contribuer activement et de manière concrète aux processus décisionnels, et que des mesures sont prises pour faciliter leur participation. Cela est également vrai pour les populations et les groupes qui se trouvent habituellement en marge de la société, comme les migrants, les personnes handicapées, les personnes vivant dans la pauvreté et les personnes âgées.

Face à la COVID-19, il importe plus que jamais que les gouvernements considèrent les populations locales, les populations touchées, les parties prenantes, les organisations compétentes, la société civile et le secteur privé comme faisant partie de la solution. L'équité femmes-hommes et l'autonomisation des femmes sont essentielles pour façonner la préparation et la riposte aux urgences sanitaires. L'efficacité de la réponse repose sur la confiance dans les autorités, qui conditionne le soutien apporté par la population aux stratégies arrêtées, et sur une gestion solide des diverses parties prenantes et organismes compétents et la définition de responsabilités claires. L'intérêt de la participation des populations locales a été démontré à maintes reprises, en ce qu'elle favorise la mobilisation au niveau local, la sensibilisation, la mise en relation de possibles malades avec des prestataires de soins et de services, ainsi que le suivi et le soutien pendant la convalescence.

2.2 FINANCEMENT DE LA SANTÉ PENDANT LA CRISE DE LA COVID-19

La suppression des obstacles financiers à l'accès aux services de santé est essentielle pour favoriser la santé publique. C'est un défi en période de récession économique, mais la COVID-19 a montré qu'une réponse efficace aux épidémies était bénéfique pour l'économie. La COVID-19 renforce la nécessité de lever les obstacles financiers qui peuvent peser dans la décision de se faire soigner ou non³⁰. L'idéal serait que les patients n'aient pas à payer de frais (reste à charge) pour les services essentiels pendant la pandémie de COVID-19, car ceux-ci peuvent constituer un obstacle important à la décision de consulter et à l'obtention des soins nécessaires. Ce souci général de garantir un accès équitable aux soins de santé revêt une importance particulière dans le contexte d'une maladie hautement transmissible, qui affecte non seulement la personne malade, mais aussi celles qui pourraient être contaminées par elle.

Les prestataires publics et privés sous contrat doivent bénéficier de versements anticipés, dans la mesure du possible. Dans les milieux où les paiements informels sont courants (pour des fournitures médicales ou à des personnels de santé, par exemple), déclarer la gratuité des services pourrait ne pas être suffisant. Les gouvernements pourraient mettre en place des mécanismes fiables pour assurer la fourniture

gratuite de services essentiels³¹ et en informer correctement le public. Si les frais, ou d'autres obstacles financiers (comme les coûts de transport), ne peuvent être supprimés, les ministères de la santé pourraient se coordonner avec les autorités chargées des transferts sociaux en espèces pour garantir que les ménages vulnérables puissent bénéficier de soins³².

L'expérience de la COVID-19 renforce également les messages appelant au financement d'une couverture sanitaire universelle. En particulier lorsque l'assurance santé est liée à l'emploi, un choc économique qui entraîne une perte d'emplois dans le secteur formel a également des répercussions sur la couverture sanitaire, ce qui va à l'encontre du principe même de couverture sanitaire universelle, qui doit bénéficier à tous et pas seulement aux personnes ayant un emploi. Par conséquent, dans les pays où la couverture sanitaire repose sur les contributions et est habituellement liée à l'emploi, il a fallu injecter des fonds provenant du budget général dans le système, à la fois pour réduire sa vulnérabilité aux pertes d'emploi et pour faire en sorte que les mesures essentielles de lutte contre la COVID-19 puissent être mises en œuvre³³.

30 UHC2030, "Living with COVID-19", consultable à l'adresse www.uhc2030.org/fileadmin/uploads/uhc2030/Documents/Key_Issues/Health_emergencies_and_UHC/UHC2030_discussion_paper_on_health_emergencies_and_UHC_-_May_2020.pdf.

31 Prosper Tumusiime, "Domestic Health Financing for Covid-19 Response in Africa," *Social Health Protection Network*, 28 avril 2020, consultable à l'adresse <https://p4h.world/en/bmj-domestic-health-financing-covid-19-response-africa>.

32 Joe Kutzin, "Priorities for the Health Financing Response to COVID-19", *Social Health Protection Network*, 2 avril 2020, consultable à l'adresse <https://p4h.world/en/who-priorities-health-financing-response-covid19>.

33 Par exemple, en Allemagne (www.covid19healthsystem.org/countries/germany/livinghit.aspx?Section=4.1%20Health%20financing&Type=Section) ou en République tchèque (<http://www.covid19healthsystem.org/countries/czechrepublic/livinghit.aspx?Section=4.1%20Health%20financing&Type=Section>).

2.3. L'ÉQUITÉ DANS LA PRESTATION DES SERVICES DE SANTÉ, NOTAMMENT À L'ÉCHELLE LOCALE

La couverture sanitaire universelle incarne l'objectif d'équité dans l'accès à des services essentiels et utiles, grâce à une protection financière, et les progrès vers cet objectif sont évalués à l'échelle de populations entières. Les systèmes qui prévoient l'instauration, à terme, d'une couverture sanitaire universelle permettent de mieux faire face aux épidémies s'ils sont centrés sur la personne et fondés sur les droits.

En ce qui concerne les services individuels, l'expérience de la COVID-19 montre que les systèmes de santé qui sont très inégalitaires en matière d'accès aux services et qui sont scindés en de nombreux programmes et dispositifs sont non seulement problématiques pour les personnes qui risquent d'être laissées pour compte, mais également pour les sociétés et les économies dans leur ensemble. En outre, les systèmes morcelés ne permettent pas de réagir

aussi efficacement face à une épidémie que les systèmes plus égalitaires et dont les principaux sous-systèmes, notamment ceux relatifs aux données épidémiologiques et à l'utilisation des services, opèrent au niveau du système tout entier, englobant les prestataires publics et privés qui servent l'ensemble de la population.

Financer la santé par des contributions salariales s'avère particulièrement problématique en période de crise économique mondiale, où le chômage augmente, alors que l'accès aux soins est conditionné par ces contributions, ce qui peut réduire l'accès aux services de santé au moment où les gens en ont le plus besoin. Les pays pourraient veiller à prendre en charge les besoins sanitaires des personnes appartenant aux groupes les plus gravement touchés par la COVID-19, notamment les personnes victimes de violences sexuelles, les personnes handicapées (qui représentent 15 % de la population mondiale), les personnes ayant des besoins en matière de santé mentale, les personnes vivant avec le VIH/sida, les personnes âgées, les réfugiés, les personnes déplacées et les migrants.

3. Des sociétés saines et mieux préparées aux futures pandémies

La COVID-19 a mis en évidence de dangereuses lacunes dans l'état de préparation, la couverture sanitaire et l'accès aux soins de santé. La préparation et la riposte aux pandémies nécessitent de mettre en place un système normalisé d'alerte en cas de flambée, associé à des actions concrètes de la part des autorités sanitaires nationales et locales. Seul un tiers des pays ont doté leur système de gestion des urgences de santé publique des capacités nécessaires, comme l'exige le *Règlement sanitaire international*. En conséquence, l'Organisation des Nations Unies offre des conseils techniques et opérationnels aux pays. Il s'agit d'outils pour la planification des interventions d'urgence, la coordination et le financement, la communication des risques et la mobilisation de la population, la surveillance sanitaire, la prévention et le contrôle des infections, et la conduite de tests de laboratoire. Une solidarité et un soutien forts de la part des pays du G20 et de l'OCDE sont nécessaires pour la prévention et la préparation dans les pays à faible revenu et les pays fragiles.

L'une des principales difficultés sera d'obtenir des données en toute sécurité et en temps utile. Les systèmes d'information sanitaire courants n'ont pas été en mesure de générer des informations actualisées sur le déploiement des services et les investissements réalisés dans le domaine de la santé. Les enquêtes auprès des

ménages prévues pour 2020 ont été largement reportées à 2021, et seules 10 enquêtes de ce type sont en cours, tandis que les enquêtes sur les établissements de santé sont presque inexistantes. Les États Membres pourraient investir dans des systèmes de données fiables car les systèmes d'information actuels ne permettent pas de fournir des données actualisées sur le déploiement des programmes et les investissements réalisés dans le domaine de la santé.

Dans la mesure du possible, les systèmes d'information relatifs à la gestion sanitaire pourraient viser à ventiler les données par sexe, âge, revenu, race, ethnicité, statut migratoire, handicap, localisation géographique et autres caractéristiques pertinentes selon le contexte national.

3.1. DES SOCIÉTÉS SAINES ET PRÉPARÉES EXIGENT UNE APPROCHE PANGOUVERNEMENTALE ET PRISE EN COMPTE DES DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ

Vaincre la pandémie de COVID-19 nécessitera la participation de l'ensemble du gouvernement et de la société, et une coordination mondiale. La

préparation aux pandémies peut être considérée comme un bien public mondial et donner lieu à des investissements proportionnels aux niveaux mondial et national. Les systèmes de santé publique doivent évoluer vers une approche plus globale, axée sur la couverture sanitaire universelle, les soins de santé primaires et la protection sociale. Il est important que les réponses à la pandémie ne contribuent pas à faire perdurer les inégalités ni à les aggraver. Le monde doit tirer des leçons de la COVID-19, qui doit marquer un tournant dans la préparation aux urgences sanitaires, et s'attaquer aux déterminants sociaux de la santé, qui nécessitent une collaboration intersectorielle et un investissement dans les services publics essentiels au XXI^e siècle.

La COVID-19 est une tragédie humaine, mais elle est également une occasion rare de reconstruire un monde plus équitable et durable. Cela signifie qu'il importe plus que jamais de mettre en œuvre les politiques adéquates pour progresser vers une couverture sanitaire universelle. La réponse à la COVID-19 et la préparation aux futures pandémies exigent une réponse à l'échelle de la population et du système.

La COVID-19 confirme que les investissements dans la santé ont un rendement à long terme, et que sous-investir dans la santé peut avoir des

effets sociaux et économiques mondiaux à grande échelle. Des systèmes de santé nationaux solides sont au cœur de ce programme, à la fois pour assurer la préparation et la riposte aux épidémies, et pour permettre d'avancer efficacement vers une couverture sanitaire universelle. Il est notamment nécessaire d'investir intelligemment dans les « biens communs pour la santé » au sein et au-delà des systèmes de santé, afin de garantir la préparation aux pandémies. Il est nécessaire que les pays actualisent leurs plans sanitaires nationaux à la lumière de la COVID-19, pour s'assurer que les capacités de préparation et d'intervention sont intégrées dans le soutien aux systèmes de santé ainsi que dans les préparatifs plus larges de l'ensemble du gouvernement, pour s'aligner sur le Plan stratégique de préparation et de riposte de l'OMS, le Cadre pour une réponse socioéconomique à la COVID-19 et le Plan de réponse humanitaire global COVID-19 des Nations Unies. Les principaux donateurs mondiaux pourraient appuyer les efforts déployés par les pays pour renforcer leurs systèmes de santé afin de parvenir à la sécurité sanitaire et de progresser vers l'instauration d'une couverture sanitaire universelle. En fin de compte, il appartient aux dirigeants politiques de faire en sorte qu'une pandémie d'une telle ampleur et aux effets si graves ne se reproduise pas.

4. Mesures recommandées

1. CONTRÔLER DE TOUTE URGENCE LA TRANSMISSION DE LA COVID-19 POUR MAÎTRISER LA PANDÉMIE :

- a) **Continuer de renforcer les mesures de santé publique pour réduire à zéro la transmission de la COVID-19 à l'échelle locale.** Parmi ces mesures figurent la fermeture d'écoles et de lieux de travail, l'annulation d'événements publics, la limitation de la taille des rassemblements, la réduction des transports publics, l'obligation de rester à la maison et les restrictions à la circulation interne et aux déplacements internationaux, tout en préservant les droits fondamentaux, notamment l'accès à l'asile. Ces mesures ont été efficaces pour inverser la courbe des décès dus à la COVID-19.
- b) **Prendre des dispositions universelles pour le dépistage de la COVID-19, l'isolement et la recherche des cas contacts.** La recherche et l'isolement des cas contacts font partie intégrante des mesures visant à réduire la transmission à zéro et sont à la base des systèmes de surveillance de la COVID-19. Le gouvernement doit envoyer des messages clairs et cohérents sur les comportements attendus de la population pour contrôler la propagation du virus.
- c) **Garantir l'accès aux soins des patients atteints de COVID-19 afin de réduire le nombre de décès.** La prise en charge des cas graves de COVID-19 peut entraîner une série de déficiences connues sous le nom de syndrome de soins post-intensifs ; le cas

échéant, des interventions palliatives devraient être intégrées aux traitements curatifs. Les décisions relatives au traitement doivent être fondées sur les besoins médicaux et non sur des facteurs discriminatoires tels que l'origine ethnique, la nationalité, la religion, le sexe, l'âge, le handicap ou l'affiliation politique. Là encore, la mise en place de bonnes pratiques exige un leadership efficace de la part du gouvernement.

2. **PROTÉGER LA PRESTATION D'AUTRES SERVICES DE SANTÉ ESSENTIELS.** Pour réduire la morbidité et la mortalité, les pays pourraient veiller à ce que la fourniture des services de santé prioritaires soit assurée pendant la phase aiguë de la pandémie de COVID-19. Ces services comprennent la gestion des urgences médicales, y compris les soins obstétricaux d'urgence, la prévention et le traitement des maladies transmissibles, les services liés à la santé sexuelle et procréative, les services de base pour les populations vulnérables, la fourniture de médicaments et les services auxiliaires, tels que l'imagerie diagnostique de base, les services de laboratoire et de banque du sang.
3. **ÉLARGIR MASSIVEMENT L'ACCÈS AUX NOUVEAUX DIAGNOSTICS RAPIDES ET AUX TRAITEMENTS, ET VEILLER À CE QUE LES FUTURS VACCINS CONTRE LA COVID-19 SOIENT UN BIEN PUBLIC MONDIAL ACCESSIBLE À TOUS, PARTOUT DANS LE MONDE :**

a) Il est dans l'intérêt national et économique de chaque pays **d'adopter une approche globale pour garantir un accès équitable aux nouveaux outils de lutte contre la COVID-19**. Le moyen le plus efficace pour y parvenir est le Dispositif visant à accélérer l'accès aux outils de lutte contre la COVID-19 (Accélérateur ACT), qui nécessite 35 milliards de dollars pour passer de la phase de lancement à des travaux à grande échelle afin d'atteindre ses objectifs. Il doit être intégralement financé, 15 milliards de dollars étant nécessaires au cours des trois prochains mois pour que ses travaux puissent avancer immédiatement.

b) **S'attaquer d'urgence à la propagation de la désinformation et des fausses rumeurs sur la sécurité des vaccins**. Il est urgent d'investir de manière volontariste en vue de renforcer la confiance du public dans le sérieux, l'efficacité et l'innocuité des vaccins. Cette étape sera essentielle pour renforcer la confiance du public dans l'innocuité et l'efficacité des futurs vaccins contre la COVID-19, afin de pouvoir mener des campagnes de vaccination efficaces.

4. PARVENIR À UNE COUVERTURE SANITAIRE UNIVERSELLE :

a) **Investir dans** les fonctions essentielles des systèmes de santé qui sont fondamentales pour protéger et promouvoir la santé et le bien-être, qui sont définies comme des « **biens communs pour la santé** ». Les gouvernements doivent accroître leurs investissements dans les biens communs pour la santé afin que le monde ne se retrouve pas de nouveau dans la situation que nous connaissons actuellement lorsque de nouvelles épidémies se produiront. La création de ces fonctions fait partie intégrante des engagements pris par

tous les États Membres en vertu du *Règlement sanitaire international* et de la *Déclaration politique sur la couverture sanitaire universelle* de 2019. Ces fonctions comprennent la coordination des politiques, la surveillance, la communication, la réglementation de la qualité des produits, l'instauration de mesures fiscales et l'octroi de subventions aux programmes de santé publique.

b) **Suspendre les frais pour les patients atteints de COVID-19 et ceux nécessitant d'autres soins de santé essentiels**. La réduction des obstacles financiers à l'utilisation des services de santé est une mesure importante pour permettre aux pays de progresser vers la mise en place d'une couverture sanitaire universelle. Idéalement, les patients ne devraient pas se soucier d'avoir à payer des frais dans les centres de soins, en particulier à l'heure actuelle, car la décision de se faire soigner ou non et le choix d'un établissement de soins ne devraient pas être dictés par des considérations financières. Les prestataires publics et privés sous contrat devraient bénéficier de versements anticipés, dans la mesure du possible, pendant la pandémie de COVID-19.

5. **RENFORCER LA PRÉPARATION AUX PANDÉMIES À L'ÉCHELLE NATIONALE ET MONDIALE, ET S'ATTACHER À CONSTRUIRE DES SOCIÉTÉS SAINES POUR L'AVENIR**. Face à la COVID-19, il importe plus que jamais que les gouvernements adoptent des stratégies impliquant l'ensemble du gouvernement et de la société, dans lesquelles les populations locales, les populations touchées, la société civile et le secteur privé soient considérés comme faisant partie de la solution. La

préparation et la riposte aux pandémies nécessitent de mettre en place un système normalisé d'alerte en cas de flambée, associé à des actions concrètes de la part des autorités sanitaires nationales et locales. Des investissements mondiaux et nationaux proportionnels et intégrés seront nécessaires pour renforcer les systèmes de santé nationaux et parvenir à une couverture sanitaire universelle.

Conclusion

La couverture sanitaire universelle repose sur des principes d'équité et peut constituer un puissant égaliseur social si les pays passent rapidement à une couverture complète de leur population de manière équitable. Les faits montrent que la couverture sanitaire universelle est un moteur de croissance économique partagée pour les particuliers, les familles, les communautés et les entreprises et les sociétés dans leur ensemble. La santé est à la fois une conséquence et un facteur du progrès économique et social. C'est la raison pour laquelle la couverture sanitaire universelle est au cœur du Programme 2030.

La sécurité sanitaire et la transition vers une couverture sanitaire universelle ne sont pas des voies distinctes. Le renforcement des systèmes de santé est essentiel dans les deux cas. Donner la priorité à la santé et à l'équité, ainsi qu'à des systèmes de santé qui protègent tout le monde, est un choix politique. Étant donné qu'ils tiennent compte de l'ensemble de la population d'un pays, les systèmes qui prévoient l'instauration, à terme, d'une couverture sanitaire universelle permettent de mieux faire face aux épidémies.