



Assemblée générale

Distr. générale
18 septembre 2012
Français
Original : anglais

Soixante-septième session
Point 123 de l'ordre du jour
Santé mondiale et politique étrangère

Santé mondiale et politique étrangère

Note du Secrétaire général

Le Secrétaire général a l'honneur de transmettre ci-joint un rapport établi par le Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé sur les liens entre santé et environnement et entre santé et catastrophes naturelles en application de la résolution 66/115 de l'Assemblée générale.



Rapport du Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé sur la santé mondiale et la politique étrangère

Résumé

Le présent rapport a été établi pour donner suite à la résolution 66/115 de l'Assemblée générale sur les liens entre santé et environnement et entre santé et catastrophes naturelles. Il expose en détail les problèmes que ces questions ne manquent pas de poser et donne des exemples de mesures prises aux niveaux national et international. Il met par ailleurs l'accent sur les travaux en cours pour aider les pays à mieux faire face à ces difficultés ainsi que sur les mécanismes et structures interinstitutions mis en place au sein du système des Nations Unies.

Se fondant sur des consultations tenues avec les États Membres, il examine le thème de la couverture santé universelle, notamment les moyens employés pour soutenir et renforcer les systèmes de santé, en particulier pour relever les défis que constituent les changements climatiques et les catastrophes naturelles. Ces deux dernières années, plusieurs réunions de haut niveau ont souligné l'importance d'une telle couverture pour assurer la pérennité des progrès réalisés en matière de santé, édifier des sociétés fortes et protéger l'individu contre l'appauvrissement qu'entraîne la maladie. Garantir l'accès aux services nécessaires permet d'améliorer les résultats obtenus sur le plan de la santé, ce qui donne aux adultes les moyens de gagner leur vie et aux enfants ceux d'apprendre et, ainsi, d'échapper à la pauvreté. Parallèlement, offrir à la population une protection contre les risques financiers permet d'empêcher qu'elle ne retombe dans la pauvreté. Ces deux pierres angulaires de la couverture santé universelle sont essentielles à un développement durable et à la réduction de la pauvreté.

En juin 2012, les participants à la Conférence des Nations Unies sur le développement durable ont placé en tête des priorités internationales en matière de développement les difficultés rencontrées pour parvenir à un développement durable, en tenant compte, ce faisant, des trois piliers – économique, social et environnemental – sur lesquels il repose. Ils ont examiné les moyens à mettre en œuvre pour résoudre les problèmes de développement au-delà des objectifs du Millénaire pour le développement et reconnu que la santé faisait partie intégrante d'un tel développement.

I. Introduction

1. En adoptant la résolution 66/115 sur la santé mondiale et la politique étrangère, l'Assemblée générale n'a fait que confirmer encore davantage les liens étroits qui existent entre la santé mondiale et la politique étrangère et la nécessité de redoubler d'efforts pour créer un environnement politique mondial favorable à la santé mondiale. Elle s'est félicitée de la tenue, en 2011, de plusieurs réunions de haut niveau sur la santé et de leurs répercussions politiques, notamment de la Déclaration politique sur le VIH et le sida : intensifier nos efforts pour éliminer le VIH et le sida (résolution 65/277, annexe), de la Déclaration politique de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles (résolution 66/2) et de la Déclaration politique de Rio sur les déterminants sociaux de la santé de 2011.

2. Dans sa résolution 66/115, l'Assemblée générale prend également en compte deux domaines dans lesquels cette interdépendance existe : la santé et l'environnement, et la santé et les catastrophes naturelles. Elle a prié le Secrétaire général, agissant en étroite collaboration avec le Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), avec la participation des entités compétentes du système des Nations Unies, et en consultation avec les États Membres, de lui présenter à sa soixante-septième session un rapport sur les liens entre santé, environnement et catastrophes naturelles.

3. En juin 2012, la Conférence des Nations Unies sur le développement durable, qui s'est tenue à Rio de Janeiro (Brésil), a adopté un document final intitulé « L'avenir que nous voulons », que l'Assemblée générale a ensuite adopté sous forme de résolution 66/288 (annexe). Les auteurs du document final constatent que le rôle central que la santé est amenée à jouer dans les politiques de développement durable est une condition préalable ou le résultat et un indicateur des trois volets du développement durable.

4. Tous ces documents de nature politique mettent l'accent sur l'importance croissante de la santé dans l'élaboration des priorités mondiales fixées dans le domaine de la politique et du développement, ce qui justifie qu'on lui prête attention au plus haut niveau politique. Ils reconnaissent que la santé est un élément stratégique pour la réalisation des objectifs de développement arrêtés au niveau international, dont ceux du Millénaire, et qu'elle revêt une importance déterminante pour le développement durable en mettant en relation les volets environnemental, social et économique qui le constituent.

5. Les liens qui existent entre l'amélioration de la santé, l'économie, la viabilité du point de vue écologique et le progrès social sont bien connus : les personnes en bonne santé sont davantage capables d'apprendre, de gagner leur vie et d'apporter une contribution positive à la société dans laquelle elles vivent. Des changements climatiques à long terme menacent les conditions indispensables à une bonne santé : un air pur, de l'eau potable, un approvisionnement alimentaire assuré et une alimentation et un logement suffisants. En outre, ils augmentent la fréquence et l'intensité des catastrophes naturelles. À l'inverse, un environnement sain est indispensable à la bonne santé. La réduction des risques de pollution de l'air et de l'eau et de pollution chimique pourrait contribuer à prévenir jusqu'à un quart de la charge de morbidité totale et une proportion importante des décès d'enfants.

6. La persistance de la pauvreté, aggravée par l'apparition de nouvelles tendances sur le plan de la croissance démographique, du vieillissement, des migrations, de l'urbanisation et des changements climatiques, fait peser des pressions nouvelles sur les systèmes de santé. Les moyens économiques ne suffisent pas, à eux seuls, à assurer le partage équitable des avantages, et les disparités qui existent entre les pays et au sein d'un même pays appellent des efforts ciblés et concertés pour s'attaquer aux inégalités et à leurs conséquences pour la santé. Un engagement politique est indispensable si l'on veut atteindre les populations les plus vulnérables.

7. Des systèmes de prestations médicales solides et bien conçus, reposant sur la notion de couverture santé universelle, non seulement protègent l'individu de la maladie mais contribuent aussi à rendre les sociétés plus fortes en protégeant la population contre l'appauvrissement en cas de maladie. Ils peuvent également aider les femmes à devenir plus autonomes et sont un moyen pour les populations d'amener les autorités nationales à rendre des comptes.

8. Les améliorations apportées à la santé contribuent à l'avènement d'un développement durable. Or, malgré les avancées très importantes enregistrées dans ce domaine au cours des 20 dernières années, les bénéfices n'ont pas été équitablement répartis. Bien qu'il soit de plus en plus admis que les progrès réalisés en la matière sont tributaires du commerce, de la propriété intellectuelle, de l'agriculture, des transports, de l'emploi et de bien d'autres aspects des grandes orientations arrêtées sur le plan international et national, la cohérence de l'action menée par les différents secteurs reste problématique. Il faut adopter une approche multisectorielle non seulement pour conserver les acquis de développement et continuer d'enregistrer des avancées dans la lutte contre les principales maladies, mais aussi pour doter les systèmes de santé de moyens d'agir qui soient à la mesure de ces nouveaux défis.

9. Dans de trop nombreuses sociétés, les populations restent vulnérables face aux crises. L'incertitude financière et les facteurs environnementaux aggravent ces risques, car ils pèsent d'un poids très lourd sur les populations les plus défavorisées. Aider les personnes et les communautés à mieux faire face à l'adversité nécessite des efforts concertés pour leur garantir l'accès à des services de base et leur offrir une protection financière. Il s'agit là des deux principaux éléments de la couverture santé universelle.

10. Une série de consultations s'est tenue avec les États Membres au cours desquelles l'OMS a été encouragée à aborder tous ces éléments dans le présent rapport.

II. Santé et environnement

A. Principaux risques et incidences

11. Environ un quart de la charge de morbidité mondiale est imputable aux risques liés à l'environnement. De nombreux éléments permettent maintenant de penser que les changements climatiques anthropiques influencent les déterminants environnementaux de la santé. Les changements climatiques et les événements météorologiques extrêmes auxquels ils donnent lieu risquent d'entraîner une pollution de l'air accrue et une hausse des maladies d'origine hydrique, des

maladies d'origine alimentaire et des maladies à transmission vectorielle. D'après les estimations du secrétariat de la Convention-cadre des Nations Unies sur les changements climatiques, de la Banque mondiale et de l'OMS, les changements climatiques pourraient grever les coûts annuels de la santé dans les pays en développement d'au moins 2 à 12 milliards de dollars supplémentaires d'ici à 2020.

12. Ces effets se concentrent sur les populations les plus pauvres et se répercutent sur certaines des charges de morbidité les plus élevées, dont la malnutrition, les maladies diarrhéiques et les maladies à transmission vectorielle comme le paludisme, qui tuent, à elles toutes, plus de 5 millions de personnes chaque année. Cette charge est beaucoup plus élevée pour les enfants des pays en développement, qui sont exposés à de graves risques sanitaires du fait du manque d'eau potable et d'assainissement (responsable de la plupart des décès d'enfants pour cause de diarrhée) et de la pollution de l'air à l'intérieur des habitations (environ la moitié des cas de pneumonie infantile sont dus à la fumée dégagée dans les habitations par des fourneaux inefficaces fonctionnant au bois, à la biomasse et au charbon).

13. Les changements sociaux et les mouvements de population transnationaux de ce qu'il est convenu d'appeler les migrants « écologiques », occasionnés par les changements climatiques, sont importants et ne feront qu'ajouter de nouveaux problèmes sanitaires à ceux que les pays d'origine comme les pays d'accueil connaissent déjà.

14. Le développement non durable ne fait qu'aggraver de nombreux risques bien connus pour la santé et contribue à l'apparition de nouveaux risques tant en milieu naturel que dans le cadre bâti, ce qui donne lieu à une double charge, en particulier pour les pauvres. Ces risques sont les suivants :

a) *Milieus naturels*. Les changements climatiques provoquent une élévation de la fréquence des phénomènes météorologiques extrêmes et des catastrophes qui y sont associées (voir la section III ci-après) ainsi que des périodes de sécheresse, ce qui se répercute sur la production alimentaire et, par voie de conséquence, entraîne dénutrition et malnutrition. La régression du couvert forestier, la désertification, la diminution de la diversité biologique et la dégradation des ressources en eau modifient en outre les modes de transmission des maladies à vecteur ou des maladies infectieuses; par ailleurs, elles détruisent d'importantes ressources alimentaires et énergétiques, l'habitat, des plantes médicinales et d'autres services importants rendus par les écosystèmes qui sont indispensables à la santé;

b) *Cadre bâti*. Le développement urbain non durable, surtout dans les taudis, contribue énormément à la pollution de l'air urbain, aux accidents de la circulation, à la dangerosité et à l'insalubrité des logements et au manque d'exercice physique dus à un mauvais urbanisme. Tous ces facteurs sont à l'œuvre dans l'élévation de la fréquence des maladies non transmissibles que l'on a pu observer (maladies cardiovasculaires et respiratoires et diabète dû à l'obésité, par exemple). Même si les 10 dernières années ont été marquées par une amélioration très nette de l'accès à l'eau potable, l'impossibilité de se procurer une énergie peu polluante et durable est en grande partie responsable de la pollution de l'air à l'intérieur des habitations, en zone urbaine comme en zone rurale. Le non-raccordement des foyers aux réseaux d'assainissement et la mauvaise gestion des déchets tant ménagers qu'agricoles (comme ceux provenant de l'élevage) créent des risques liés à un mauvais assainissement qui sont susceptibles de provoquer des flambées épidémiques.

15. Les déterminants sociaux de l'exposition aux menaces écologiques jouent un grand rôle dans la conception des systèmes d'intervention. Dans la quasi-totalité des cas, c'est la santé des populations des pays en développement, surtout celle des pauvres, qui souffre le plus des menaces écologiques dues aux changements climatiques et à un développement non durable. Dans le cas de la sécheresse liée à ces changements, par exemple, ce sont les petits exploitants agricoles qui vivent péniblement du travail de la terre qui sont le plus exposés au risque d'insécurité alimentaire et de dénutrition.

16. Dans les zones urbaines, les quartiers pauvres sont souvent les plus touchés par les inondations et les coulées de boues imputables aux phénomènes météorologiques extrêmes, à la mauvaise qualité de l'eau et de l'assainissement et à l'absence de sources d'énergie domestique peu polluantes et efficaces. En outre, dans les pays en développement, ce sont les pauvres et les groupes vulnérables (les enfants, entre autres) qui, fréquemment, vivent dans des zones urbaines situées dans des zones industrielles ou à proximité de celles-ci et des grands axes de circulation, ce qui ne fait qu'aggraver les problèmes respiratoires chroniques. Ces mêmes catégories socioéconomiques sont les plus exposées au risque d'accidents de la circulation en raison de l'absence de transports urbains rapides sûrs, abordables et efficaces, et de réseaux de voies piétonnes ou de pistes cyclables desservant les principales destinations. De même, les pauvres des villes peuvent rarement se permettre d'acheter des fruits et des légumes frais, indispensables à un régime alimentaire équilibré en mesure de prévenir l'obésité, le diabète et d'autres maladies non transmissibles. Enfin, les pauvres sont aussi les plus exposés aux multiples risques liés à l'environnement présents sur le lieu de travail, qu'ils soient d'origine chimique, dus à la qualité de l'air ou de nature ergonomique. Ces risques sont particulièrement élevés dans le secteur informel, dans lequel travaillent beaucoup de pauvres de par le monde.

17. Il est possible de réduire notablement beaucoup des risques les plus graves pour la santé des groupes vulnérables qui sont liés à l'environnement grâce à des politiques de développement plus respectueuses du climat et plus durables, surtout dans le domaine des transports, du logement, de l'agriculture et de l'énergie. Ces politiques doivent s'accompagner de mécanismes de gouvernance plus perfectionnés pour pouvoir les appliquer en ville, à la campagne et dans le cadre professionnel. Les progrès que le développement a permis de réaliser en matière de santé, en particulier leur répartition équitable, ne sont toutefois pas automatiques. Il convient d'évaluer les politiques mises en place en se plaçant d'un point de vue sanitaire, c'est-à-dire en évaluant leurs effets sur la santé et en utilisant des indicateurs pertinents en la matière, afin de mesurer les progrès accomplis par rapport aux objectifs fixés.

B. Cadres d'action mis en place au niveau international

18. Plusieurs conventions et accords internationaux offrent des structures reconnues, contraignantes ou non, au sein desquelles des mesures plus concertées peuvent être prises au sujet des liens qui existent entre santé, environnement et développement. Ce sont notamment :

a) Les trois Conventions de Rio : la Convention-cadre des Nations Unies sur les changements climatiques, la Convention sur la diversité biologique et la

Convention des Nations Unies sur la lutte contre la désertification dans les pays gravement touchés par la sécheresse et/ou la désertification, en particulier en Afrique. À titre d'exemple, dans le cadre des efforts faits pour honorer les engagements pris dans la Convention-cadre sur les changements climatiques en vue d'atténuer les changements climatiques, améliorer l'accès des populations à des transports publics propres et leur permettre de pratiquer une activité physique dans de bonnes conditions de sécurité pourrait considérablement réduire les émissions de CO₂ tout en diminuant très nettement le nombre de décès dus à la pollution de l'air extérieur, estimés à 1,3 million de par le monde, aux accidents de la circulation (1,3 million par an) et au manque d'activité physique (3,2 millions). Permettre aux communautés les plus pauvres d'avoir accès à des techniques moins polluantes d'exploitation de l'énergie domestique pourrait réduire le nombre de près de 2 millions de décès annuels imputables à la pollution de l'air à l'intérieur des habitations. Réduire la dépendance à l'égard des combustibles diesel (dans le domaine des transports) et de fours à biomasse rudimentaires permettrait non seulement de diminuer le nombre de maladies respiratoires et de cancers, mais aussi de réduire rapidement et de manière significative les émissions de certains agents de forçage du climat à courte durée de vie comme le noir de carbone, ce qui laisserait plus de temps pour s'attaquer au problème posé par le dioxyde de carbone, à durée de vie plus longue. Renforcer les programmes de santé publique pour gérer les risques sanitaires liés à l'environnement, améliorer la surveillance des maladies et l'intervention ainsi que l'action sanitaire en cas d'urgence contribuerait de façon décisive aux objectifs d'adaptation énoncés dans la Convention;

b) Les accords multilatéraux sur l'environnement. La Convention de Stockholm sur les polluants organiques persistants, la Convention de Bâle sur le contrôle des mouvements transfrontières de déchets dangereux et de leur élimination et la Convention de Rotterdam sur la procédure de consentement préalable en connaissance de cause applicable à certains produits chimiques et pesticides dangereux qui font l'objet du commerce international offrent des structures qui permettent de promouvoir une gestion plus sûre des produits chimiques – notamment de ceux utilisés dans l'agriculture, l'industrie et la santé – et des déchets qu'ils occasionnent (les déchets médicaux ont en et par eux-mêmes des effets non négligeables sur la salubrité de l'environnement). Le Programme des Nations Unies pour l'environnement et l'OMS ont depuis longtemps un programme de coopération pour faire avancer la mise en œuvre de ces conventions;

c) Les objectifs du Millénaire pour le développement. L'objectif sur la préservation de l'environnement porte sur des buts d'une importance vitale en matière de salubrité de l'environnement, comme celui qui consiste à offrir un meilleur accès à l'eau potable et à des installations d'assainissement améliorées;

d) Les résolutions de l'Assemblée mondiale de la Santé. Plusieurs résolutions adoptées par l'Assemblée mondiale de la Santé ont renforcé l'engagement du secteur de la santé dans des questions de politique étrangère touchant l'environnement et le développement et offrent un cadre dans lequel inscrire de nouvelles initiatives. Il s'agit notamment de la résolution WHA 60.26 relative à un Plan d'action mondial pour la santé des travailleurs, de la résolution WHA 61.19, qui invite le secteur de la santé à agir de façon plus décisive pour réduire les risques pour la santé dus au changement climatique, de la résolution WHA 64.24, qui envisage une participation renforcée du secteur de la santé aux politiques internationales menées dans le domaine de l'eau, et d'un rapport du

Conseil exécutif de l'OMS sur la Conférence des Nations Unies sur le développement durable (EB 130/36);

e) L'initiative politique étrangère et santé mondiale. Cette initiative place la santé et l'environnement parmi ses 10 domaines d'action prioritaires. Sous la direction d'un noyau central composé de sept pays¹, l'Assemblée générale a adopté la résolution 66/115, dans laquelle elle souligne les liens qui existent entre santé et environnement. Dans cette résolution, l'Assemblée demande qu'une attention accrue soit accordée aux questions liées à la santé dans les mesures adoptées en faveur de l'environnement au niveau mondial et aux questions liées à l'environnement dans les décisions prises en matière de santé;

f) Le document final de la Conférence des Nations Unies sur le développement durable intitulé « L'avenir que nous voulons ». Depuis le début du processus de Rio en 1992, la complexité des interactions entre santé et environnement est reconnue. Dans sa version initiale, la Déclaration de Rio sur l'environnement et le développement de 1992 met l'accent sur la place centrale qu'occupe la santé et note que : « Les êtres humains sont au centre des préoccupations relatives au développement durable. Ils ont droit à une vie saine et productive en harmonie avec la nature ». Dans « L'avenir que nous voulons », les participants ont non seulement réaffirmé la place centrale qu'occupe la santé comme un principe à part entière, mais ont également insisté sur les liens qui existent entre des villes viables, la qualité de l'air, des moyens de transport moins polluants et l'exposition de l'environnement et des êtres humains aux produits chimiques dangereux ainsi que sur les conséquences pour la santé et les aspects sanitaires que ces éléments peuvent avoir. Ils ont aussi mis en exergue le rôle crucial des sources d'énergie modernes dans l'amélioration de la santé et du bien-être des populations.

C. Enrichissement de la base de données factuelles sur laquelle reposent les politiques, règles et mesures adoptées par les pays

19. La Conférence des Nations Unies sur le développement durable a clairement mis en évidence la nécessité de tenir davantage compte des préoccupations sanitaires dans les stratégies, politiques et programmes de développement futurs visant à éliminer la pauvreté et à parvenir à un développement durable, ainsi que d'élaborer, à l'avenir, des objectifs de développement ou de développement durable qui aillent au-delà de 2015. Cet objectif exige une étroite coopération avec le secteur de la santé, non seulement pour parvenir à instaurer une couverture santé universelle mais aussi pour faire en sorte que le développement à l'œuvre dans d'autres secteurs permette de tirer le meilleur parti des avantages obtenus dans le secteur de la santé.

Atténuation des changements climatiques et développement durable

20. Dans le contexte du développement durable et dans les domaines du logement, des structures sanitaires, des transports, de l'agriculture et de l'énergie domestique, les conséquences pour la santé sont un élément dont il convient de tenir compte pour élaborer des politiques d'atténuation des effets des changements climatiques. Les

¹ Afrique du Sud, Brésil, France, Indonésie, Norvège, Sénégal et Thaïlande.

principales conclusions auxquelles on est parvenu dans ces domaines et les pratiques optimales en la matière doivent être intégrées dans les politiques suivies en matière de changement climatique et dans les mécanismes utilisés pour les financer. Améliorer l'accès des structures sanitaires à des sources d'énergie renouvelables peu polluantes, par exemple, pourrait réduire les émissions provenant des bâtiments tout en étendant l'accès aux services de santé dans les pays en développement pauvres en ressources énergétiques. À ce jour, seul un petit nombre de services sanitaires a pu bénéficier d'un financement qui leur permette de construire ou d'adapter des bâtiments afin d'en améliorer l'efficacité énergétique.

Adaptation aux changements climatiques

21. Plus de 30 pays ont achevé les « évaluations de la vulnérabilité et des mesures d'adaptation » et 15 pays en développement ont exécuté des programmes d'adaptation sanitaire pour renforcer la préparation aux changements climatiques (l'adaptation des services d'approvisionnement en eau et d'assainissement aux conditions météorologiques extrêmes, par exemple) et améliorer les mécanismes nationaux de suivi.

Recherche sur les facteurs de risques environnementaux

22. L'OMS procède actuellement à la mise à jour des estimations concernant la charge de morbidité imputable aux risques environnementaux aussi bien dans le milieu naturel que dans le cadre bâti; ces estimations portent également sur la répartition des risques au sein des pays pauvres et des populations vulnérables.

Renforcement des mécanismes nationaux de suivi

23. L'OMS a pris ou est sur le point de prendre un certain nombre de mesures :

a) Elle a créé, à l'aide de données nationales du domaine public, des bases de données mondiales actualisées sur la pollution de l'air urbain (portant sur plus de 1 100 villes), l'énergie domestique (143 pays) et la mesure de la pollution de l'air à l'intérieur des habitations (250 communautés);

b) Elle est sur le point de publier une nouvelle base de données sur l'accès à l'énergie dans les structures sanitaires qui englobe 17 pays situés, pour la plupart, en Afrique subsaharienne mais qui vise aussi certains pays d'Asie et des Amériques. Les données qu'elle renferme révèlent qu'il est urgent d'accorder une plus grande attention aux capacités des services sanitaires en matière d'énergie pour étendre l'accès universel aux soins de santé et la couverture universelle des soins de santé;

c) Elle poursuit ses travaux visant à arrêter la dernière version des lignes directrices relatives à la consommation d'énergie des ménages, qui visent à mieux conseiller les pays en développement sur le choix des technologies les plus adaptées à leur situation et sur les pratiques optimales propres à réduire les risques pour la santé et les atteintes à la santé causées par la pollution de l'air à l'intérieur des habitations;

d) Elle élabore des lignes directrices relatives à la salubrité des logements dans le contexte du développement durable et a prévu d'en élaborer de semblables sur des moyens de transport sains et durables;

e) Ses partenaires au sein du système des Nations Unies s'efforcent de concevoir et de promouvoir des outils destinés à aider les pays à évaluer les risques de façon intégrée et à administrer les plans de gestion de la salubrité de l'eau et de la qualité sanitaire de l'assainissement ainsi qu'à évaluer les effets sur la santé des projets de développement, des choix opérés en matière d'énergie domestique et de la sécurité sanitaire des aliments.

III. Santé et catastrophes naturelles

A. Conséquences des situations d'urgence et des catastrophes sur la santé humaine et les systèmes de santé

24. Les catastrophes naturelles mettent à rude épreuve les populations, dont elles affectent souvent les vies. Leurs conséquences sanitaires peuvent être directes, ou découler de la perturbation des systèmes, structures et services sanitaires, empêchant bien des personnes d'accéder aux soins dans les situations d'urgence. Les infrastructures de base, comme un approvisionnement en eau et un hébergement sûr, qui sont essentielles à la santé, peuvent également être touchées. Les décès, blessures, maladies, handicaps, troubles psychologiques et autres conséquences sur la santé peuvent être limités, voire évités, grâce à des mesures de gestion des risques, d'ordre sanitaire ou autre, en situation d'urgence.

25. En temps de crise, les inégalités sanitaires se creusent et des efforts particuliers sont nécessaires si l'on veut répondre aux besoins des plus pauvres et atteindre les populations les plus vulnérables. Au bout du compte, les catastrophes font obstacle à la réalisation des objectifs du Millénaire qui relèvent du domaine de la santé, puisqu'elles viennent bien souvent freiner des progrès accomplis à grande peine en matière de développement.

26. Dans les domaines de la santé et de la gestion des urgences, une approche « tous risques » est de plus en plus souvent adoptée. Les catastrophes naturelles posent en effet des risques sanitaires dont la gestion rejoint bien souvent celle des risques d'ordre biologique (épidémies, parasites), technologique (substances chimiques, matériaux radiologiques, accidents de transport) et sociétal (conflits, mouvements de panique, actes de terrorisme).

27. Entre 2000 et 2009, 270 millions de personnes en moyenne ont été touchées chaque année par des catastrophes naturelles et technologiques². Plus de 1,1 million de décès ont été enregistrés dans des catastrophes naturelles de grande ampleur – 4 130 événements au total – au cours des 10 dernières années³. Les catastrophes naturelles sont de plus en plus fréquentes, et le changement climatique devrait accroître les risques pour des millions d'individus, leurs logements, leurs quartiers et les infrastructures qui les entourent.

28. D'après une analyse comparative des statistiques sur les catastrophes survenues en Amérique latine, pour chaque catastrophe répertoriée dans les bases de

² Voir la base de données internationale sur les catastrophes (EM-DAT), Centre de recherche sur l'épidémiologie des catastrophes, Université catholique de Louvain, Bruxelles, 2009, disponible sur www.emdat.be.

³ Stratégie internationale de prévention des catastrophes, « Vers un cadre d'action post-2015 pour la réduction des risques de catastrophe », 2012.

données mondiales, 20 catastrophes ayant eu des conséquences destructrices sur les populations locales ne sont pas répertoriées⁴. En Amérique latine, les effets cumulés de 10 années de catastrophes locales ont davantage affecté les pauvres que n'importe quel événement isolé⁵.

29. Les catastrophes engendrent des pertes en vies humaines bien plus importantes dans les pays en développement que dans les pays développés. Le développement rural non durable et l'urbanisation augmentent également la part de la population mondiale en danger. Ces 30 dernières années, par exemple, la proportion des personnes vivant dans des bassins fluviaux inondables a progressé de 114 %, et celle des personnes vivant sur des littoraux exposés aux cyclones de 192 %⁶. Plus de la moitié des grandes villes (population comprise entre 2 et 15 millions) de la planète sont fortement exposées à l'activité sismique.

30. Les catastrophes frappent de façon disproportionnée les populations vulnérables, à savoir les pauvres, les minorités ethniques, les personnes âgées et les personnes handicapées. Les populations les plus exposées à la morbidité et à la mortalité liées aux catastrophes sont, le plus souvent, les personnes qui ont de faibles revenus, se trouvent au bas de l'échelle socioéconomique, ne sont pas propriétaires de leur logement, font partie de familles monoparentales, sont âgées de plus de 65 ans ou de moins de 5 ans, sont de sexe féminin, ou souffrent d'une maladie chronique, d'un handicap, d'isolement ou d'exclusion sociale⁷. Les initiatives ciblées visant à atténuer la vulnérabilité humaine doivent donner la priorité aux populations à haut risque. Mais comme les risques affectent de différentes manières des groupes de personnes différentes, les rapports concernant les indicateurs sanitaires pour les programmes de gestion des risques en situation d'urgence doivent être différenciés afin de prendre en compte les disparités en termes de vulnérabilité, de résilience et de capacité de réaction, en fonction du sexe, du statut socioéconomique, de l'âge, du handicap, de la mobilité, de l'isolement social et de l'appartenance ethnique.

31. Dans le contexte de la gestion des risques en situation d'urgence, les programmes de santé publique renforcent les capacités et la résilience des individus et des communautés face aux risques, atténuent les effets des catastrophes et aident les victimes à faire face à l'adversité et à se redresser⁸. Ils s'attaquent aux questions liées aux disparités en matière de santé entre la population générale et les groupes les plus vulnérables.

32. Pour protéger la santé des populations avant, pendant et après une catastrophe, il faut se préoccuper de déterminants sanitaires plus larges comme la sécurité, l'emplacement des installations, la qualité des bâtiments, les systèmes d'alerte, la disponibilité d'hébergements en cas d'évacuation, la capacité de la population à

⁴ Banque mondiale, *Rapport sur le développement dans le monde 2011 : conflits, sécurité et développement*, Washington, 2011.

⁵ Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *La situation des enfants dans le monde 2012 : les enfants dans un monde urbain* (New York, 2012).

⁶ Bilan mondial 2011 concernant la réduction des risques de catastrophe, intitulé *Revealing Risk, Redefining Development* (Genève, 2011).

⁷ Frank Thomalla *et al.*, « Reducing hazard vulnerability: towards a common approach between disaster risk reduction and climate adaptation », *Disasters*, vol. 30, n° 1 (mars 2006).

⁸ Fédération internationale des sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, Cadre opérationnel stratégique pour la santé 2011-2015.

réagir, l'accès à la nourriture et à l'eau, et les systèmes d'intervention d'urgence. Les infrastructures de base, comme les communications, la logistique et l'approvisionnement en eau et en énergie, sont des éléments fondamentaux pour assurer la continuité des services sanitaires. Il est donc impératif que le secteur de la santé travaille en collaboration avec les autres secteurs.

B. Mécanismes internationaux d'intervention humanitaire et d'atténuation des risques liés aux catastrophes

Comité permanent interorganisations

33. L'intervention d'urgence internationale repose sur le Comité permanent interorganisations, composé d'organismes des Nations Unies, d'organisations non gouvernementales et de la Banque mondiale, sous la conduite globale du Coordonnateur spécial des Nations Unies pour les opérations de secours d'urgence. Se fondant sur les principes de la résolution 60/124 de l'Assemblée générale, relative au renforcement de la coordination de l'aide humanitaire d'urgence des Nations Unies, et sur les enseignements tirés en particulier des crises majeures en Haïti et au Pakistan, le système humanitaire des Nations Unies a adopté en 2011 un « programme de transformation » visant à renforcer les mécanismes qui doivent permettre d'apporter une réponse collective à l'échelle du système de la part de tous les partenaires, l'accent étant mis en particulier sur la direction et la coordination.

34. Pour juger de l'importance de cette réforme pour le secteur de la santé, il faut garder à l'esprit que, lors de grandes catastrophes, comme celles qui ont frappé Haïti et le Pakistan en 2010, il arrive que plus de 300 organismes d'aide humanitaire soient répertoriés dans le groupe sanitaire, ce qui présente un défi colossal en termes de coordination. Le groupe de responsabilité sectorielle santé rassemble, sous la houlette de l'OMS, plus de 30 organismes partenaires. Son rôle consiste principalement à superviser l'intervention, à fournir des orientations stratégiques et à gérer les informations d'ordre sanitaire, notamment en rassemblant des données sur la mortalité, la morbidité, l'état nutritionnel et la prestation de services de santé.

Système de la Stratégie internationale de prévention des catastrophes

35. Le secteur de la santé joue un rôle important dans le système de la Stratégie internationale de prévention des catastrophes aux niveaux mondial, régional et national. Le Cadre d'action de Hyogo pour 2005-2015, intitulé « Pour des nations et des collectivités résilientes face aux catastrophes » (A/CONF.206/6), inclut le domaine de la santé et se concentre particulièrement sur le renforcement de la sûreté des hôpitaux, considéré comme l'une des principales conclusions des sessions du Dispositif mondial pour la réduction des risques de catastrophe tenues en 2009 et 2011.

36. Dans le cadre de la Stratégie internationale de prévention des catastrophes, l'OMS a créé, avec des partenaires, une plate-forme internationale, thématique pluridisciplinaire et plurisectorielle sur la gestion des risques sanitaires liés aux catastrophes, dont l'un des principaux objectifs est de renforcer la participation du secteur de la santé aux mécanismes nationaux de réduction des risques liés aux catastrophes, ainsi qu'aux instances mondiales et régionales concernées. Elle s'emploiera également à exploiter les capacités du secteur sanitaire, et aider au renforcement de la collaboration entre les secteurs sanitaire et non sanitaire dans le

cadre de la mise en œuvre du Cadre d'action de Hyogo. Les milieux chargés de la politique étrangère, en collaboration avec le secteur de la santé et d'autres secteurs, commencent à réfléchir à un mécanisme susceptible de faire suite au Cadre d'action, en 2015. C'est là l'occasion de faire en sorte qu'une plus grande place soit accordée à la santé dans les futurs systèmes et cadres mondiaux de gestion des risques liés aux catastrophes.

C. Renforcement de la gestion nationale et locale des risques sanitaires en situation d'urgence

37. La gestion des risques sanitaires en situation d'urgence est une question de santé publique essentielle, qui concerne l'ensemble des pays, populations, systèmes de santé et agents de santé, et qu'il faudrait retrouver dans les politiques nationales concernant des domaines comme la santé publique, l'adaptation au changement climatique et les systèmes plurisectoriels de gestion des risques liés aux catastrophes naturelles.

38. Face à la nature de ces urgences et à leurs conséquences sur le plan de la santé, l'adoption d'une démarche plurisectorielle, pluridisciplinaire et préventive au niveau national est devenue une nécessité absolue. La résistance des systèmes de santé et la capacité à gérer les risques en situation d'urgence sont primordiales pour la gestion plurisectorielle des risques liés aux catastrophes, qu'il s'agisse d'une catastrophe naturelle, d'un incident environnemental, d'un risque de maladie, d'un conflit armé, ou d'une combinaison de plusieurs facteurs.

39. La Conférence des Nations Unies sur le développement durable a souligné qu'il fallait adopter une démarche plus active en termes de prévention et de préparation, et développer les capacités locales et nationales pour permettre une intervention et un relèvement rapides et efficaces. Des systèmes de santé résistants, fondés sur les soins de santé primaires au niveau local, peuvent réduire la vulnérabilité sous-jacente, protéger les structures et services sanitaires, et renforcer l'intervention afin de répondre aux différents besoins sanitaires qui suivent une catastrophe.

40. Il est possible de réduire les risques sanitaires et d'améliorer les résultats en matière de santé dans les situations d'urgence, et des avancées ont déjà été réalisées aux niveaux local, national, régional et mondial. Un certain nombre de pays exposés à des risques de catastrophe naturelle élevés, comme le Bangladesh, la Chine, Cuba, l'Indonésie, le Mozambique, Oman, les Philippines et la Turquie, ont renforcé leurs systèmes de gestion des risques sanitaires en situation d'urgence, mais les capacités sont extrêmement variables d'un pays à l'autre. En 2007, une évaluation globale de l'OMS révélait que moins de 50 % des secteurs sanitaires nationaux consacraient un budget à la préparation aux situations d'urgence et à l'organisation des secours. Les capacités peuvent être limitées à cause d'un mauvais système de gestion de la santé et des catastrophes, d'un manque d'accès aux ressources et aux compétences, et d'une insécurité constante due à un conflit.

41. Un programme national « tous risques » de gestion des risques sanitaires en situation d'urgence doit comprendre de nombreux éléments : mesures et législation appropriées, financements, mécanismes de coordination du secteur de la santé et de coordination plurisectorielle, systèmes de gestion de l'information sanitaire en situation d'urgence et d'évaluation des risques, directives techniques, planification de l'intervention et du relèvement, hôpitaux plus sûrs et mieux préparés, système de

communication des risques, activités de recherche, renforcement des capacités, et suivi et évaluation des programmes. Ces programmes appuient les capacités opérationnelles aux niveaux local, régional et national, dans l'ensemble des disciplines du secteur de la santé qui sont essentielles à la gestion des risques en situation d'urgence. On peut citer, entre autres, la santé infantile, la santé maternelle et néonatale, la gestion des maladies transmissibles, les incidents chimiques, les situations d'urgence radiologique, la prise en charge d'un nombre massif de blessés, la santé mentale et le soutien psychosocial, la gestion de pertes humaines considérables, la nutrition, la santé sexuelle et procréative, la traumatologie, et l'approvisionnement en eau, l'assainissement et l'hygiène.

Mise au point de systèmes de santé capables de s'adapter et de résister

42. Les systèmes de santé apportent des capacités fondamentales pour la gestion des risques sanitaires en situation d'urgence, mais de nombreux pays exposés à des risques élevés disposent de services et d'infrastructures sanitaires de base limités, ce qui rend les interventions d'urgence encore plus difficiles, tandis que les pays qui disposent de systèmes bien développés sont souvent bien mieux préparés aux catastrophes et y résistent beaucoup mieux. Le renforcement des systèmes de santé par des programmes de gestion des risques sanitaires en situation d'urgence permet donc aux populations et aux pays de mieux faire face aux risques sanitaires, et d'accroître leur résilience en cas de catastrophe. Les systèmes de santé doivent être préparés à accueillir un grand nombre de patients. Des moyens supplémentaires sont parfois nécessaires, pour mobiliser et déployer du personnel dans le pays afin de venir en aide aux zones touchées. En situation d'urgence, la distribution des différentes fonctions doit absolument être flexible pour permettre, le cas échéant, de limiter certains services afin d'en renforcer d'autres. Les plans de continuité des opérations permettront aux organismes de maintenir leurs activités sanitaires, en définissant notamment les priorités en termes de services, d'intervention d'urgence et de relèvement, et en communiquant avec le personnel et les organismes partenaires.

Action locale et résilience des populations

43. Les initiatives de proximité sont en première ligne dans la protection de la santé en situation d'urgence. La connaissance des risques locaux permet en effet de répondre aux besoins réels de la population. Les actions locales préviennent les risques à la source, en empêchant l'exposition aux dangers locaux. Une population préparée, active et bien organisée peut limiter les risques et les conséquences des situations d'urgence, car son intervention, dans les premières heures qui suivent la catastrophe, peut permettre de sauver de nombreuses vies.

44. Au niveau local, les mesures et stratégies se concentrant sur les soins de santé primaires peuvent contribuer à réduire la vulnérabilité et à préparer les familles, les communautés et les systèmes de santé aux catastrophes. La capacité locale peut être accrue grâce à la formation des représentants de la communauté et à la mise en œuvre de mesures comme l'évaluation des risques et la préparation aux situations d'urgence, les systèmes d'alerte précoce, un approvisionnement en eau et un assainissement plus sûrs, et une préparation aux épidémies et aux pandémies.

45. En octobre 2011, une déclaration commune sur le renforcement du personnel de santé local pour les interventions en situation d'urgence a été publiée par la

Global Health Workforce Alliance, le Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés, le Fonds des Nations Unies pour l'enfance, l'Organisation mondiale de la Santé et la Fédération internationale des sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge. L'objectif était d'appeler l'attention sur le rôle crucial joué par ce personnel (et notamment par les agents de santé communautaires) dans la gestion des risques en situation d'urgence, et d'appeler à l'accroissement du nombre des agents de santé communautaires et des effectifs du personnel de santé local et au renforcement de leur formation et de leur participation.

Sûreté et préparation des hôpitaux et des infrastructures sanitaires

46. Il est nécessaire de protéger des catastrophes l'investissement massif qui a été réalisé dans les structures de santé, le personnel médical et les patients, et de faire en sorte que l'on puisse apporter les services de santé là où ils sont le plus nécessaires dans les situations d'urgence. De ce constat est née la campagne « Des hôpitaux à l'abri des catastrophes ». Plus de 42 pays, dont le Liban, le Mexique, le Népal, le Pérou, les Philippines, la République de Moldova, le Soudan et le Tadjikistan, disposent à présent de programmes actifs pour assurer la sécurité des hôpitaux. Grâce à ces programmes, les nouvelles structures sanitaires conçues pour faire face aux catastrophes sont plus résistantes aux phénomènes naturels, et les hôpitaux endommagés ont été reconstruits plus sûrs qu'ils ne l'étaient auparavant. Au niveau mondial, le Cadre d'action de Hyogo fixe un objectif : chaque nouvel hôpital doit être construit avec un niveau de protection lui permettant de continuer à fonctionner et à fournir des services de santé en situation de crise.

Appui aux États Membres dans la gestion des risques sanitaires en situation d'urgence

47. La création d'une base de données plus solide est nécessaire pour appuyer les programmes de gestion des risques en situation d'urgence dans les pays menacés. Le meilleur moyen d'y parvenir est une instance plurisectorielle et pluridisciplinaire chargée de promouvoir et de coordonner la définition des priorités en termes de recherche opérationnelle, le renforcement de l'utilisation collective des données et de la coordination, et le développement d'instruments polyvalents. L'objectif est de constituer une base de données et de faire en sorte que les faits, observations et enseignements viennent influencer les prises de décisions à tous les niveaux des services de santé. Après une catastrophe, l'appui apporté aux pays par l'évaluation de leurs besoins doit intégrer pleinement la santé aux stratégies de relèvement durable, y compris dans la planification de la phase de transition entre l'intervention d'urgence et le développement à long terme, qui intègre le renforcement des systèmes de santé et des mesures de réduction des risques sanitaires lors de futures catastrophes.

48. Les ministres de la santé ont pris plusieurs engagements politiques sur la gestion des risques sanitaires en situation d'urgence aux niveaux mondial et régional. En 2011, l'Assemblée mondiale de la santé a adopté la résolution WHA 64.10 sur le renforcement au niveau national des capacités de gestion des urgences sanitaires et des catastrophes et de la résilience des systèmes de santé.

49. L'OMS a mis au point un nouveau dispositif d'intervention d'urgence qui répertorie les principaux engagements, les normes d'efficacité et les procédures et mesures à appliquer pour le renforcement de la qualité et de la prévisibilité de

l'intervention de l'OMS au niveau des États, aussi bien en cas d'urgence de santé publique que d'urgence humanitaire. Ce dispositif sert également de base opérationnelle commune pour le travail de l'OMS en situation d'urgence. La pleine application du dispositif exige de nouveaux investissements aux niveaux des villes sièges et des régions, ainsi que dans les pays victimes d'urgences prolongées et répétées, afin que le personnel permanent nécessaire à la gestion d'un tel programme puisse être recruté et maintenu.

50. L'OMS met également en place un dispositif de gestion des risques sanitaires en situation d'urgence, qui vient compléter le dispositif d'intervention d'urgence. Il énonce les principes et éléments fondamentaux qui doivent être ceux d'un système national de gestion des risques sanitaires en cas d'urgence adoptant une approche « tous risques ». Il sera complété par des directives et une assistance techniques de l'OMS pour le renforcement des capacités des pays à gérer les risques sanitaires liés aux situations d'urgence découlant de tout type de risque.

IV. Couverture santé universelle

51. Le changement climatique et les catastrophes naturelles sont des défis mondiaux auxquels tous les pays doivent faire face et dont les répercussions se font sentir aux niveaux des sociétés, des collectivités, des familles et des individus. Les solutions pour y remédier doivent être aussi efficaces et diversifiées que les défis eux-mêmes. Il est nécessaire de prendre des séries de mesures intersectorielles, communes et coordonnées pour faire face aux effets multiples et variés de ces phénomènes.

52. Les effets du changement climatique et des catastrophes naturelles sur la santé sont considérables, particulièrement visibles et facilement mesurables. Le secteur de la santé doit tout d'abord s'attacher à atténuer les effets immédiats et à long terme de ces phénomènes sur la santé et, ensuite, à défendre et pérenniser les acquis le plus efficacement possible. Les États ne peuvent se permettre de mettre en place, chacun de leur côté, des stratégies divergentes pour lutter contre telle ou telle maladie ou situation.

53. Chaque pays doit faire face à des problèmes spécifiques, mais le dialogue politique et les engagements pris au niveau mondial contribuent à définir la façon dont la collaboration et l'aide internationales peuvent renforcer les mesures prises au niveau national. La couverture santé universelle ouvre la voie à une telle collaboration.

A. Le chemin vers la couverture universelle

54. De nombreux pays ont accompli des progrès considérables dans le domaine de la santé, notamment en matière de réduction de la mortalité maternelle et infantile et de lutte contre les principales maladies transmissibles, comme le sida, la tuberculose et le paludisme. Ces questions ont bénéficié d'une attention politique accrue suscitée par l'adoption des objectifs du Millénaire pour le développement. Cependant, les investissements réalisés aujourd'hui dans le domaine de la santé sont insuffisants et, en raison des contraintes économiques actuelles, il est nécessaire

d'étudier de nouvelles solutions pour pérenniser les acquis obtenus en matière de santé.

55. Parallèlement, les nouvelles tendances épidémiologiques et démographiques ont d'importantes répercussions sur la santé dans le monde. Au niveau national, il est impossible de soutenir des systèmes de santé qui se concentrent sur un nombre limité de maladies ou affections. Au contraire, pour répondre à la nouvelle réalité, ces systèmes doivent être accessibles et rentables et protéger à moindre coût des risques économiques liés à des problèmes de santé pour éviter l'exclusion des membres les plus défavorisés de la population et protéger les plus vulnérables.

56. La couverture universelle a pour objectif de permettre aux gens de bénéficier de services de santé de qualité répondant à leurs besoins tout en les protégeant contre les graves risques économiques associés à leur utilisation⁹. La couverture universelle doit être composée de deux éléments importants et intimement liés : une couverture pour tous ceux qui ont besoin de soins de santé (y compris en matière de prévention, de promotion, de traitement et de rééducation) et une protection contre les risques économiques.

57. Ces deux éléments sont essentiels pour parvenir au niveau de santé le plus élevé possible, droit fondamental énoncé dans la Constitution de 1948 de l'OMS et dans la Déclaration universelle des droits de l'homme. Ils sont également appréciés à leur juste valeur par les gens, qui sont plus tranquilles lorsqu'ils savent que les soins de santé dont ils risquent d'avoir besoin sont disponibles, abordables et de bonne qualité.

58. Les systèmes de santé tendant vers une couverture universelle reposent sur des valeurs telles que la solidarité, la cohésion sociale et la sécurité. Ils ne se contentent pas de proposer une offre limitée de services, mais tentent de progresser sur plusieurs fronts étroitement liés, à savoir accroître la gamme de services disponibles, la proportion des coûts pris en charge et le pourcentage de la population couverte.

B. Le besoin d'une couverture universelle

59. Les priorités mondiales en matière de santé changent. En raison de l'évolution des dynamiques démographiques, notamment pour ce qui est du vieillissement et des migrations, il est important de prendre conscience du fait que ne pas tenir compte de certaines questions émergentes, en particulier liées aux maladies non transmissibles, comporte d'importantes conséquences sociales et économiques. Parallèlement, il reste encore des problèmes à régler en matière de maladies transmissibles, de santé procréative et sexuelle ainsi que de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant.

60. Alors que les difficultés économiques se poursuivent, il est de plus en plus important d'aborder la question de la santé dans le monde du point de vue de l'égalité d'accès et du droit à la santé. Une véritable couverture universelle doit permettre à tous les gens d'avoir accès en temps voulu aux services dont ils ont besoin.

⁹ OMS, *Rapport sur la santé dans le monde : le financement des systèmes de santé : le chemin vers une couverture universelle* (Genève, 2010).

61. Un accès opportun aux services de santé – une combinaison de promotion, de prévention, de traitement et de rééducation – est essentiel au bien-être de l’homme. Lorsqu’ils sont solides et bien conçus, les systèmes de prestations de soins mettent à l’abri de la maladie et, en les maintenant en bonne santé, protègent les personnes de l’appauvrissement. Ils concourent également à l’harmonie sociale et donnent aux gens l’assurance que des services seront disponibles en cas de maladie.

62. Cependant, aujourd’hui, plus d’un milliard de personnes n’ont pas accès aux services de santé dont elles ont besoin en temps voulu, parce qu’elles n’en ont pas les moyens ou parce que ces services ne sont pas disponibles.

63. Dans de nombreux pays, les systèmes de santé sont encore en grande partie financés par des versements directs, les soins aux usagers étant facturés au moment de la prestation. Cette situation empêche les plus pauvres et défavorisés de se soigner ou de poursuivre leur traitement et fait basculer dans la pauvreté de nombreuses personnes qui choisissent de se soigner.

64. L’OMS estime que chaque année, 150 millions de personnes rencontrent de graves difficultés économiques après être tombées malades ou avoir recouru à des services de santé qu’elles ont dû payer directement. Nombre d’entre elles sont obligées de vendre des actifs et de s’endetter pour pouvoir régler ces frais. Ainsi, chaque année, 100 millions de personnes supplémentaires basculent sous le seuil de la pauvreté.

65. Cette situation entraîne un paradoxe inacceptable : le manque d’accès aux soins de santé appauvrit les personnes malades, qui ne peuvent plus travailler, mais le recours aux services de santé les appauvrit également, en raison des coûts engendrés.

66. Ainsi, la couverture universelle concerne tant le pilier social que le pilier économique du développement durable et est fondamentale pour faire reculer la pauvreté. Les gens en bonne santé sont plus aptes à apprendre, à travailler et à apporter une contribution positive à la société dans laquelle ils vivent. Lorsqu’ils sont solides, abordables et bien conçus, les systèmes de santé mettent à l’abri de la maladie et protègent de l’appauvrissement, mais stimulent aussi la croissance économique. La couverture universelle est un élément essentiel du développement durable.

C. Faire évoluer les systèmes vers une couverture santé universelle

67. Pour instaurer une couverture santé universelle, il est nécessaire de travailler sur certains de ces volets, voire sur la totalité :

- a) Réduire l’écart qui existe entre les besoins et l’utilisation effective des services;
- b) Améliorer la qualité des soins pour accroître l’efficacité des services;
- c) Protéger les usagers des risques économiques liés au paiement de ces services.

68. Pour de nombreux pays, la couverture universelle est un objectif vers lequel doivent tendre les systèmes de santé et qui sera atteint dans de nombreuses années.

Pour d'autres, le maintien des acquis obtenus par le passé représente un véritable défi en raison du vieillissement de la population, des demandes croissantes des usagers et des nouvelles technologies, souvent plus onéreuses, utilisées pour entretenir et améliorer la santé. La couverture santé universelle est un but que chaque pays doit se fixer.

69. Un des principaux volets d'intervention pour parvenir à une couverture universelle est le financement des systèmes de santé. Dans ce domaine, l'OMS a défini trois grandes voies à suivre : a) collecter suffisamment d'argent pour la santé; b) supprimer les obstacles économiques qui limitent l'accès aux services et améliorer la protection contre les risques économiques en augmentant la part du financement du système qui repose sur des contributions prépayées et mutualisées; et c) améliorer l'usage qui est fait de cet argent à la fois en termes de rentabilité et d'égalité (obtenir « plus de santé pour son argent »).

70. Ces moyens de parvenir à une couverture universelle ne s'excluent pas mutuellement : les États peuvent emprunter et empruntent différentes voies en même temps. Différents pays ayant différents besoins, tous n'accorderont pas la même importance à chaque élément. Ces 10 dernières années, cependant, et quel que soit leur niveau de revenu, les pays ont pris des mesures pour accroître les fonds alloués à la santé, éliminer les obstacles économiques qui limitent l'accès aux services et améliorer la protection contre les risques économiques liés à leur usage, ou encore utiliser les ressources de façon plus efficace et équitable. Cela montre qu'il est toujours possible d'en faire plus pour se rapprocher de l'objectif de la couverture universelle ou pérenniser les acquis.

71. La couverture universelle ne dépend pas uniquement du financement de la santé. En effet, si les autres principaux aspects des systèmes de santé ne sont pas également pris en compte, peu de progrès seront possibles. Afin de garantir la disponibilité des services nécessaires ou encore pour en améliorer la qualité, par exemple, il faut disposer de personnel soignant qualifié et motivé travaillant dans des structures proches des usagers et disposant de suffisamment de fournitures et d'équipements, comme des médicaments ou du matériel de diagnostic. Le passage à une couverture universelle ne sera possible que grâce à une action concertée visant à identifier et éliminer les obstacles qui jalonnent le système de santé.

72. De manière plus générale encore, d'autres facteurs extérieurs au système de santé influencent considérablement la capacité à atteindre les objectifs fixés : il s'agit des déterminants sociaux. Les efforts doivent être complémentaires et se concentrer à la fois sur ces facteurs et sur l'amélioration du financement de la santé et des systèmes dans leur globalité.

73. Pour mettre en place une couverture universelle, il est nécessaire d'adopter une démarche intersectorielle et de tenir compte, en plus des questions plus spécifiques liées à la disponibilité, à la qualité et au coût des services de santé, des principaux paramètres et contraintes économiques ainsi que des déterminants sociaux. La couverture universelle pourrait contribuer à accélérer la croissance économique, offrir de meilleures perspectives d'éducation, réduire l'appauvrissement, effacer d'autres inégalités et éliminer la pauvreté.

D. Intérêt de la couverture universelle pour le programme international de développement

74. L'élan en faveur d'une couverture universelle prend de l'ampleur, non seulement auprès des gouvernements nationaux mais également au sein de la société civile et de la communauté internationale, et se concrétise sous forme de nombreuses mesures, réformes et activités.

75. Dans sa résolution 58.33, relative au financement durable de la santé, à la couverture universelle et aux systèmes de sécurité sociale, l'Assemblée mondiale de la santé a déclaré que tout individu devait pouvoir accéder aux services de santé sans devoir faire face à des difficultés économiques. Le *Rapport sur la santé dans le monde de 2010* a ouvert la voie à l'intensification des efforts visant à définir et promouvoir une couverture santé universelle pour permettre aux pays de renforcer leurs systèmes de santé, de pérenniser leurs acquis et d'obtenir de meilleurs résultats en matière de santé pour leurs populations.

76. On s'est rendu compte assez tôt qu'il était impossible de parvenir à une couverture universelle uniquement en investissant dans les systèmes de financement de la santé. Dans sa résolution 64.9, l'Assemblée mondiale de la santé a invité instamment les États à continuer, le cas échéant, à consentir des investissements en faveur de systèmes de prestation des soins, en particulier les soins et services de santé primaires, et de ressources humaines suffisantes pour la santé et les systèmes d'information sanitaire – et à les renforcer – pour faire en sorte que chacun ait un accès équitable aux soins et services de santé.

77. Depuis longtemps, l'OMS aspire à la mise en place d'une couverture santé universelle. Cet objectif a toujours fait partie intégrante d'une démarche globale visant à renforcer les systèmes de santé et leurs composantes au niveau national. Tout comme mettre la personne au centre des soins, assurer une direction globale de l'action de santé et intégrer la santé dans toutes les politiques publiques, mettre en place une couverture universelle est considéré comme l'une des quatre composantes des soins de santé primaires. Dans un certain nombre de résolutions adoptées ces dernières années, l'Assemblée mondiale de la santé a souligné qu'il était fondamental de développer tous les aspects du système de santé pour permettre à tous d'avoir accès à des services de qualité lorsqu'ils en ont besoin. Parmi ces résolutions, il y a lieu de citer celles relatives au renforcement du dialogue national afin d'instaurer des politiques, stratégies et plans de santé plus solides (WHA 64.8), au Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé (WHA 63.16), au renforcement de la capacité des gouvernements à faire participer de façon constructive le secteur privé à la prestation de services essentiels de soins de santé (WHA 63.27), au renforcement des systèmes d'information sanitaire (WHA 60.27) ou encore aux progrès en matière d'usage rationnel des médicaments (WHA 60.16).

78. De façon plus générale, dans sa résolution WHA 62.12 sur les soins de santé primaires, renforcement des systèmes de santé compris, l'Assemblée a reconnu que les facteurs extérieurs au secteur de la santé influençaient considérablement le système de santé et sa capacité à améliorer l'état de santé de la population, idée reprise dans une autre résolution sur la réduction des inégalités en matière de santé par une action sur les déterminants sociaux de la santé, adoptée la même année (WHA 62.14).

79. La couverture santé universelle est un élément essentiel de l'Initiative pour un socle de protection sociale, mise en place par les organismes des Nations Unies pour renforcer l'accès aux services sociaux et à la protection sociale et qui joue un rôle fondamental pour réduire les inégalités sociales, promouvoir la justice sociale et éliminer la pauvreté.

80. En 2012, les participants à une série de réunions de haut niveau ont reconnu l'importance de la couverture santé universelle, fondamentale non seulement du point de vue de la santé, mais également, de manière plus large, du développement humain. En janvier, les ministres de la santé et les autres participants réunis lors d'une conférence ayant pour thème « L'évolution vers une couverture santé universelle : questions concernant le financement de la santé », qui s'est tenue à Bangkok, ont adopté la Déclaration de Bangkok sur la couverture universelle. Puis, en avril, les dirigeants politiques réunis dans le cadre d'une rencontre sur la couverture universelle organisée par le Gouvernement mexicain ont adopté une déclaration intitulée « Vers une couverture santé universelle : partager les expériences et favoriser le progrès ». Dans les deux déclarations, les participants ont exhorté les États à poursuivre le débat sur la couverture universelle dans le cadre intersectoriel des Nations Unies et, dans celle de Mexico, ont demandé que cette question soit intégrée dans tous les objectifs internationaux de développement nouvellement établis ou modifiés.

81. Dans le document final de la Conférence des Nations Unies sur le développement durable, intitulé « L'avenir que nous voulons » les dirigeants politiques ont déclaré ce qui suit : « Nous estimons également qu'il importe d'assurer la couverture universelle des soins de santé pour améliorer la santé et pour promouvoir la cohésion sociale et un développement humain et économique durable. Nous nous engageons à renforcer les systèmes de santé en vue d'assurer une couverture universelle équitable. Nous invitons tous les acteurs concernés à participer à une action multisectorielle concertée en vue de répondre d'urgence aux problèmes de santé de la population dans le monde. »

82. Alors que nous entamons une période de réflexion concernant les progrès accomplis depuis l'adoption de la Déclaration du Millénaire (voir la résolution 55/2 de l'Assemblée générale) qui s'accompagnera peut-être d'une redéfinition ou d'un renouvellement d'un ensemble d'objectifs de développement, il faut prendre conscience du fait que l'objectif de couverture universelle, qui vise à permettre à chacun d'avoir accès aux services de santé dont il a besoin sans craindre de devoir faire face à des difficultés économiques associées à leur utilisation, est une composante essentielle du développement durable.

V. Conclusions

83. Compte tenu des avancées et des possibilités énoncées plus haut, il reste nécessaire de mettre les gens et la santé au cœur des politiques internationales, des cadres juridiques et des autres efforts communs qui seront déployés pour concrétiser les grandes priorités de développement à l'échelle internationale. Dans un contexte où les défis émergents comportent des risques et des conséquences accrues dans le domaine de la santé, il est nécessaire d'intensifier la coopération et les investissements et de prendre des mesures afin d'obtenir

de meilleurs résultats en matière de santé pour tout le monde et de faire en sorte que les gens se sentent en sécurité et soient plus résilients.

84. Une bonne gouvernance est essentielle pour définir des orientations générales et établir des mécanismes afin d'assurer un financement constant et prévisible des initiatives et programmes nationaux mis en place dans le domaine de la santé et les autres secteurs pertinents. Il est fondamental de nouer des partenariats intersectoriels à tous les niveaux pour faire en sorte que tout le monde soit protégé des risques liés à la maladie, quelle qu'en soit la cause.

85. Les acteurs du secteur de la santé et leurs partenaires disposent du savoir-faire nécessaire pour garantir un avenir plus sûr. Toutefois, un engagement politique au plus haut niveau aidera à obtenir les financements requis pour obtenir de meilleurs résultats en matière de santé pour les millions de personnes à travers le monde qui font face aux risques de la maladie.
