



Rapport mondial de suivi 2017 : la couverture-santé universelle



Organisation
mondiale de la Santé



LA BANQUE MONDIALE
BIRD • IDA | GROUPE DE LA BANQUE MONDIALE

Rapport mondial de suivi 2017 : la couverture-santé universelle



Organisation
mondiale de la Santé



LA BANQUE MONDIALE
IBRD • IDA | GROUPE DE LA BANQUE MONDIALE

Rapport mondial de suivi 2017 : la couverture-santé universelle [Tracking universal health coverage: 2017 global monitoring report]

ISBN 978-92-4-251355-4

© Organisation mondiale de la Santé et la Banque internationale pour la reconstruction et le développement/La Banque mondiale 2018

Certains droits réservés. La présente publication est disponible sous la licence Creative Commons Attribution – Pas d'utilisation commerciale – Partage dans les mêmes conditions 3.0 IGO (CC BY NC-SA 3.0 IGO ; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>).

Aux termes de cette licence, vous pouvez copier, distribuer et adapter l'œuvre à des fins non commerciales, pour autant que l'œuvre soit citée de manière appropriée, comme il est indiqué ci dessous. Dans l'utilisation qui sera faite de l'œuvre, quelle qu'elle soit, il ne devra pas être suggéré que l'OMS ou La Banque mondiale approuve une organisation, des produits ou des services particuliers. L'utilisation de l'emblème de l'OMS ou La Banque mondiale est interdite. Si vous adaptez cette œuvre, vous êtes tenu de diffuser toute nouvelle œuvre sous la même licence Creative Commons ou sous une licence équivalente. Si vous traduisez cette œuvre, il vous est demandé d'ajouter la clause de non responsabilité suivante à la citation suggérée : « La présente traduction n'a pas été établie par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) ou la Banque internationale pour la reconstruction et le développement/ La Banque mondiale. En aucun cas, l'OMS ou La Banque mondiale ne sauraient être tenues pour responsables du contenu ou de l'exactitude de la présente traduction. L'édition originale anglaise est l'édition authentique qui fait foi ».

Toute médiation relative à un différend survenu dans le cadre de la licence sera menée conformément au Règlement de médiation de l'Organisation mondiale de la propriété intellectuelle (<http://www.wipo.int/amc/en/mediation/rules>).

Citation suggérée. Rapport mondial de suivi 2017 : la couverture-santé universelle : Résumé analytique [Tracking universal health coverage: 2017 global monitoring report]. Genève : Organisation mondiale de la Santé et la Banque internationale pour la reconstruction et le développement/ La Banque mondiale ; 2018 (WHO/HIS/HGF/17.2). Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Catalogage à la source. Disponible à l'adresse <http://apps.who.int/iris>.

Ventes, droits et licences. Pour acheter les publications de l'OMS, voir <http://apps.who.int/bookorders>. Pour soumettre une demande en vue d'un usage commercial ou une demande concernant les droits et licences, voir <http://www.who.int/about/licensing>.

Matériel attribué à des tiers. Si vous souhaitez réutiliser du matériel figurant dans la présente œuvre qui est attribué à un tiers, tel que des tableaux, figures ou images, il vous appartient de déterminer si une permission doit être obtenue pour un tel usage et d'obtenir cette permission du titulaire du droit d'auteur. L'utilisateur s'expose seul au risque de plaintes résultant d'une infraction au droit d'auteur dont est titulaire un tiers sur un élément de la présente œuvre.

Clause générale de non responsabilité. Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'OMS ou La Banque mondiale aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les traits discontinus formés d'une succession de points ou de tirets sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif. La mention de firmes et de produits commerciaux ne signifie pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'OMS ou La Banque mondiale, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'OMS et La Banque mondiale ont pris toutes les précautions raisonnables pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'OMS ou La Banque mondiale ne sauraient être tenues responsables des préjudices subis du fait de son utilisation.

Les résultats, interprétations et conclusions exprimées dans le présent document ne reflètent pas nécessairement les vues de l'OMS ou La Banque mondiale, les directeurs exécutifs de La Banque mondiale ou des gouvernements qu'ils représentent. La Banque mondiale ne garantit pas l'exactitude des données incluses dans ce travail.

Conception et mise en page par L'IV Com Sàrl, Villars-sous-Yens, Suisse.

Printed in Switzerland.

TABLE DES MATIÈRES

Préface	v
Contributeurs	vi
Résumé analytique	vii
Introduction	vii
Couverture des services	vii
Suivi de la couverture des services de santé essentiels	vii
Équité	viii
Protection financière	viii
Suivi de la CSU à l'ère des ODD	x
Introduction	xi
Ce que la CSU signifie et ne signifie pas	xii
Rapport de suivi mondial 2017 sur les progrès accomplis dans l'instauration de la CSU	xiii
Bibliographie	xiv
Chapitre 1. La couverture des services de santé essentiels	1
Principaux concepts de mesure	3
Couverture effective des services	3
Couverture des services	3
Indicateurs de référence	3
Indicateurs substitutifs	3
Indice des services de santé essentiels	3
Inégalités dans la couverture des services	4
Opérationnalisation de l'indicateur 3.8.1 des ODD : un indice des services de santé essentiels	4
Principes directeurs	4
Critères relatifs aux indicateurs de référence	4
Indicateurs de référence sélectionnés	4
Calcul de l'indice	10
Sources de données	10
Premiers résultats de l'indicateur 3.8.1 des ODD	12
Lacunes de la couverture des services de santé	14
Tendances temporelles de la couverture des services	14
Inégalités dans les services de la santé de la mère et de l'enfant dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire de la tranche inférieure	16
Tendances au fil du temps des inégalités dans la couverture des services de santé de la mère et de l'enfant	18
Prochaines étapes pour l'établissement d'un indice des services de santé essentiels	19
Bibliographie	21

Chapitre 2. Protection financière	23
Mesures de protection financière	25
Dépenses de santé catastrophiques (Indicateurs des ODD et autres indicateurs)	25
Dépenses de santé appauvrissantes (indicateurs non inclus dans les ODD)	25
Opérationnalisation des mesures de protection financière	25
Définir et mesurer les dépenses directes des ménages.	25
Définir et mesurer le revenu et la consommation	26
Définir et mesurer la capacité de paiement	26
Seuils de pauvreté	28
Données mondiales – et gestion du problème des « données manquantes ».	29
Enquêtes auprès des ménages	29
Données manquantes, estimations mondiales et régionales	30
Niveaux et tendances des dépenses catastrophiques : indicateurs 3.8.2 des ODD	32
Variation des dépenses catastrophiques d'un pays à l'autre	32
Estimations mondiales et régionales des dépenses catastrophiques.	33
Tendances des dépenses catastrophiques.	34
Inégalités des dépenses catastrophiques	36
Niveaux et tendances des dépenses catastrophiques : indicateurs non relatifs aux ODD	38
Les dépenses non alimentaires utilisées comme mesure de la capacité de paiement.	38
Niveaux et tendances de l'appauvrissement dus aux dépenses directes des ménages : indicateurs non inclus dans les ODD	40
Variation d'un pays à l'autre en matière d'appauvrissement.	40
Estimations mondiales et régionales de l'appauvrissement	41
Tendances de l'appauvrissement.	42
Niveau des dépenses de santé appauvrissantes.	43
Aller de l'avant	44
Bibliographie	46
Annexes	47
Annexe 1. Indicateurs de la CSU (couverture des services et protection financière) par pays	48
Annexe 2. Valeurs actuelles de l'indice de couverture des services de santé essentiels de la CSU et valeurs de chacun des indicateurs de référence utilisés pour le calculer, par pays.	56
Annexe 3. Liste des pays classés par régions des Nations Unies.	64
Annexe 4. Indice de la couverture des services de la CSU par régions de l'OMS et de la Banque mondiale en 2015.	65
Annexe 5. Indicateurs de la protection financière par régions de l'OMS et de la Banque mondiale	66
Tableau 1. Indicateur 3.8.2 relatif à l'incidence des dépenses de santé catastrophiques au regard du seuil de 10 %	66
Tableau 2. Indicateur 3.8.2 relatif à l'incidence des dépenses de santé catastrophiques au regard du seuil de 25 %	67
Tableau 3. Incidence des dépenses de santé appauvrissantes au regard du seuil de pauvreté de 1,90 dollar en parité de pouvoir d'achat de 2011.	68
Tableau 4. Incidence des dépenses de santé appauvrissantes au regard du seuil de pauvreté de 3,10 dollars en parité de pouvoir d'achat de 2011	69

PRÉFACE

Le Rapport conjoint sur le suivi de la couverture sanitaire universelle, également appelée couverture-santé universelle (CSU), est publié cette année à un moment crucial. Jamais encore, un tel intérêt politique pour la couverture maladie universelle ne s'était manifesté. Et jamais le besoin de s'attacher à faire de la santé un droit fondamental pour tous, plutôt qu'un privilège pour les nantis, n'avait été aussi pressant.

Assurer l'accès aux services de santé à tous ceux qui en ont besoin – sans qu'ils se heurtent à des difficultés financières, est décisif pour améliorer le bien-être de la population d'un pays. Cela étant, la couverture-santé universelle est plus que cela : elle représente un investissement dans le capital humain et l'un des moteurs fondamentaux d'une croissance et d'un développement économiques durables et inclusifs. Elle permet aux hommes et aux femmes de donner le meilleur d'eux-mêmes et de satisfaire leurs aspirations.

C'est la raison pour laquelle nous avons, en qualité de dirigeants du Groupe de la Banque mondiale et de l'Organisation mondiale de la Santé, fait de la couverture-santé universelle une priorité pour nos deux institutions. L'édition 2017 du Rapport mondial de suivi de la CSU, que nous avons élaborée conjointement, s'inscrit dans cet engagement.

Il ressort du présent rapport qu'au moins la moitié de la population mondiale n'a toujours pas accès aux services de santé essentiels. En outre, quelque 800 millions de personnes consacrent plus de 10 % du budget de leur ménage aux soins de santé, et une centaine de millions de personnes plongent chaque année dans la misère du fait de ces dépenses directes des ménages.

Cette situation est inacceptable.

Mais nous prenons espoir en observant des pays, toutes tranches de revenus confondus, jouer un rôle moteur et promouvoir les progrès sur la voie de la réalisation de la CSU, conscients qu'il s'agit là d'une initiative à la fois juste et avisée.

Nous trouvons également encourageant le fait que la plupart des pays produisent déjà des données crédibles et comparables sur la couverture sanitaire, même si les difficultés attenantes à la disponibilité et à l'analyse demeurent d'actualité. Nous nous félicitons du rôle que l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) et le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) jouent pour atteindre cet objectif.

Les données dont nous disposons ont fait ressortir de grosses lacunes. Mieux nous les connaissons et plus nous en saurons quant aux dispositions prises par différents pays pour les combler, mieux nous pourrions déterminer ce qu'il nous faut faire pour améliorer la couverture-santé universelle.

Si la communauté internationale entend véritablement atteindre, d'ici à 2030, l'objectif de couverture sanitaire universelle qu'elle s'est fixé, nous nous devons tous d'être beaucoup plus ambitieux.

C'est à cette fin que le Groupe de la Banque mondiale et l'Organisation mondiale de la santé se sont engagés à œuvrer avec les pays en vue d'élargir l'accès aux services de santé essentiels, de veiller à ce que des dépenses de santé ne fassent plonger quiconque dans la pauvreté et de progresser sur la voie que nous avons tracée pour instaurer la couverture-santé universelle d'ici à 2030. Bien que difficile, l'entreprise est réalisable. Nous sommes prêts à la mener à bien.

Jim Yong Kim
Le Président,
Groupe de la Banque mondiale

Tedros Adhanom Ghebreyesus
Le Directeur général,
Organisation mondiale de la Santé

CONTRIBUTEURS

Les principaux contributeurs au Rapport de 2017 ont été les suivants :

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) : Gabriela Flores, Daniel Hogan, Gretchen Stevens, Justine Hsu, Tessa Tan- Torres Edejer, Sarah Thomson, Tamás Evetovits, Agnès Soucat et John Grove ;

La Banque mondiale : Patrick Hoang-Vu Eozenou et Adam Wagstaff.

Des membres du personnel des entités suivantes ont collaboré à l'élaboration de certaines parties du rapport, à la collecte de données et à la réalisation d'analyses ou d'examens :

Organisation mondiale de la Santé (Somnath Chatterji, Richard Cibulskis, Alison Commar, Christopher Fitzpatrick, Marta Gacic-Dobo, Philippe Glaziou, Laurence Grummer-Strawn, Ahmad Reza Hosseinpour, Rick Johnston, Teena Kunjumen, Wahyu Retno Mahanani, Ann-Beth Moller, Vladimir Poznyak, Florence Rusciano, Anne Schlottheuber et les points focaux régionaux de l'OMS pour le Rapport de 2017) ;

La Banque mondiale (João Pedro Wagner De Azevedo, Caryn Bredenkamp, Jishnu Das, Tania Dmytraczenko, Dean Mitchell Jolliffe, Rose Mungai, Minh Cong Nguyen, Espen Beer Prydz, Marco Ranzani, Umar Serajuddin et Owen K. Smith) ;

Organisation de coopération et de développement économiques (Chris James et Nick Tomlinson) ;

Fonds des Nations Unies pour l'enfance (David Hipgrave) ;

Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (Juliana Daher et Kim Marsh).

Ont également apporté leur contribution :

- Les Consultants suivants de l'OMS : Jonathan Cylus (Observatoire européen des systèmes et politiques de santé) ; Sayem Ahmed et Kateryna Chepynoga (protection financière) ; Nicole Bergen, Maria Clara Restrepo, Arne Rückert et Bin Zhou (couverture des services) ;
- Le Consultant de la Banque mondiale pour la protection financière : Marc Smitz ;
- Des membres de l'équipe chargée de l'enquête sur les examens de santé, menée en 2016 en Tunisie : Hajer Aounallah-Skhiri, Mohamed Hsairi et Olfa Saidi, avec le concours du Bureau de l'OMS en Tunisie et du Bureau régional de la Méditerranée orientale.

Le Rapport de 2017 a été établi sous la direction générale de Naoko Yamamoto (Organisation mondiale de la Santé) et de Timothy G. Evans (Banque mondiale).

David Bramley, Jane Parry et Amanda Milligan ont collaboré à la rédaction et à la révision du rapport. La conception et la mise en page ont été réalisées par L'IV Com Sarl à Villars-sous-Yens (Suisse). La gestion globale du projet a été confiée à Gaël Kernen.

Le Gouvernement japonais, la Fondation Rockefeller et le Partenariat international de la santé (CSU2030) ont contribué financièrement à l'élaboration et à la production du rapport. L'OMS salue également l'appui financier du Ministère britannique du développement international (DFID). Nous remercions l'OCDE des données sur l'accès et la qualité qu'elle a fournies, ainsi que des conseils et des orientations qu'elle a apportés dans l'élaboration du présent rapport.

Les chapitres 1 et 2, ainsi que le résumé analytique, s'inspirent des articles suivants publiés dans le Lancet Global Health :

Hogan DR, Stevens GA, Hosseinpour AR, Boerma T. Monitoring universal health coverage within the Sustainable Development Goals: development and baseline data for an index of essential health services. Lancet Global Health. 2017. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X\(17\)30472-2](http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30472-2) ;

Wagstaff A, Flores G, Hsu J, Smitz M-F, Chepynoga K, Buisman LR, van Wilgenburg K et Eozenou P. Progress on catastrophic health expenditure: results for 133 countries. A retrospective observational study. Lancet Global Health. 2017. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X\(17\)30429-1](http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30429-1) ;

Wagstaff A, Flores G, Smitz M-F, Hsu J, Chepynoga K et Eozenou P. Progress on impoverishing health spending: results for 122 countries. A retrospective observational study. Lancet Global Health. 2017. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X\(17\)30486-](http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30486-)

Licence Creative commons: CC BY 3.0 IGO.

RÉSUMÉ ANALYTIQUE

Introduction

Certains des 17 objectifs de développement durable (ODD) adoptés par l'Assemblée générale des Nations Unies en septembre 2015 comportent des cibles liées à la santé. Toutefois, l'un des objectifs - ODD 3 - consiste expressément à permettre à tous de vivre en bonne santé et à promouvoir le bien-être de tous à tout âge. La cible 3.8 de l'ODD 3 - faire en sorte que chacun bénéficie d'une couverture sanitaire universelle, comprenant une protection contre les risques financiers et donnant accès à des services de santé essentiels de qualité et à des médicaments et vaccins essentiels sûrs, efficaces, de qualité et d'un coût abordable - est au centre des mesures prises pour atteindre l'objectif tout entier ainsi que tous les autres ODD liés à la santé.

La cible 3.8 comprend deux indicateurs - l'indicateur 3.8.1 portant sur la couverture des services de santé essentiels et l'indicateur 3.8.2 axé sur la proportion de la population d'un pays ayant des dépenses catastrophiques en santé, lesquelles sont définies comme d'importantes dépenses du ménage par rapport à sa consommation totale ou à son revenu global. Il convient de mesurer les deux indicateurs en même temps afin d'obtenir une image claire de ceux qui n'ont pas accès aux soins de santé et de ceux qui rencontrent des difficultés financières en raison des dépenses de santé. Vu que les ODD consistent à « ne laisser personne de côté », il convient de désagréger les indicateurs par revenu, sexe, âge, race, appartenance ethnique, handicap, situation géographique et statut migratoire, lorsque les données le permettent. Sont présentés dans ce rapport les résultats des derniers efforts consentis pour suivre la progression mondiale vers la CSU.

Couverture des services

Suivi de la couverture des services de santé essentiels

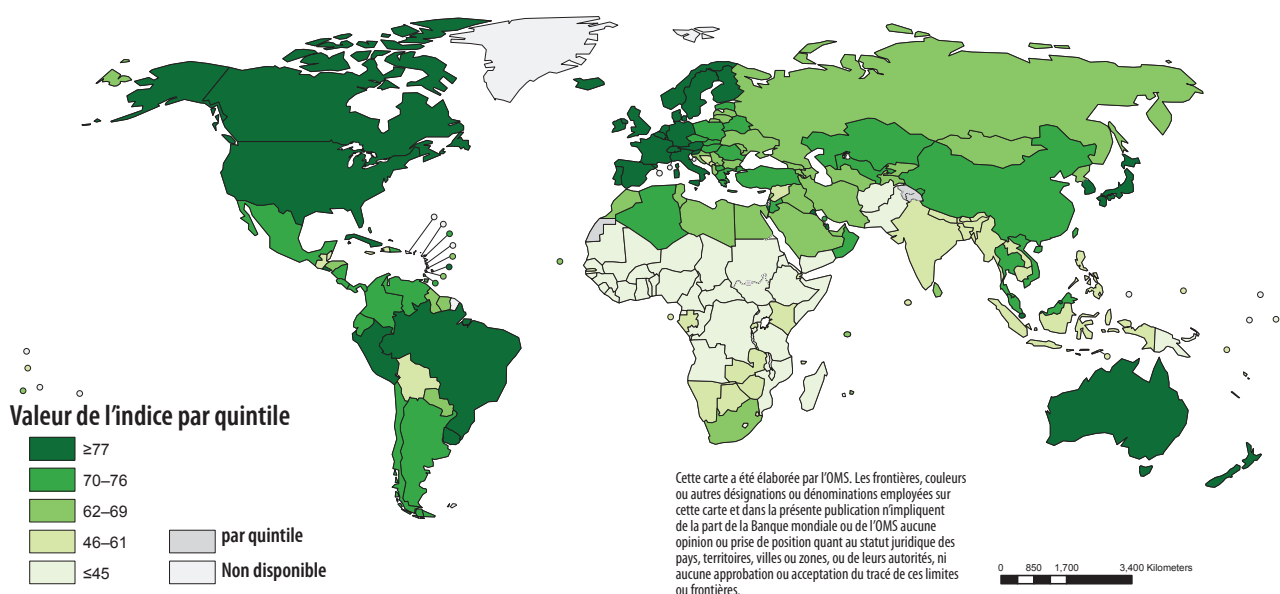
Les progrès accomplis sur la voie de l'instauration de la CSU procèdent d'une entreprise continue qui évolue au gré des nouvelles tendances démographiques, épidémiologiques et technologiques, ainsi que des nouvelles attentes de la population. En ce qui concerne la prestation des services, la CSU a pour objet d'assurer à tous ceux qui peuvent en avoir besoin des services de promotion, de prévention, de traitement, de réadaptation ou de palliation, qui soient d'une qualité suffisante pour garantir d'éventuels gains en matière

de santé. Un indice de prestation des services de la CSU - indicateur unique calculé à partir d'indicateurs de référence axés sur la couverture des services essentiels - a été élaboré pour suivre l'indicateur 3.8.1 des ODD. Pour la première fois, sont présentés dans ce rapport des méthodes et des résultats de référence pour 183 pays aux fins de l'indice. L'indice de prestation des services se rapportant à la CSU est simple à calculer, notamment à partir des données nationales disponibles, ce qui permet aux pays intéressés de suivre les progrès accomplis sur la voie de l'instauration de la CSU.

Les niveaux de couverture des services varient considérablement d'un pays à l'autre (figure 1). Telle que mesurée par l'indice, la prestation des services de la CSU est plus élevée en Asie de l'Est (valeur de l'indice 77), ainsi qu'en Amérique du Nord et en Europe (77 également). L'Afrique subsaharienne a la valeur d'indice la plus basse (42), suivie de l'Asie du Sud (53). L'indice est corrélé avec les taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans, avec l'espérance de vie et avec l'Indice de développement humain. L'écart entre la valeur minimale de l'indice (22) et la valeur maximale (86) sur l'ensemble des pays tient à l'espérance de vie (21 années de différence), une fois pris en compte le revenu national brut par habitant et le nombre moyen d'années d'éducation des adultes.

La couverture des services essentiels a augmenté depuis 2000. Les tendances temporelles de l'indice de couverture des services de la CSU ne sont pas encore connues, mais la couverture moyenne pour un sous-ensemble de neuf indicateurs de référence utilisés dans l'indice, associés à des séries chronologiques connues, s'est accrue de 1,3 % par an, soit une augmentation de 20 % environ pour 2000 à 2015. Pour ces neuf indicateurs de référence, l'augmentation la plus rapide se rapporte à la couverture du traitement antirétroviral pour le VIH (de 2 % en 2000 à 53 % en 2016) et à l'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide pour la prévention du paludisme (de 1 % en 2000 à 54 % en 2016). Il reste néanmoins beaucoup de chemin à parcourir pour instaurer la CSU. Bien que l'insuffisance des données ne permette pas de mesurer de façon probante le nombre de personnes bénéficiant d'une couverture adéquate des services, il est clair qu'au moins la moitié de la population mondiale ne bénéficie pas de l'ensemble des services essentiels. Pour ce qui concerne certains services de santé, on notera que plus d'un milliard de personnes souffrent d'une hypertension non maîtrisée, que plus de 200 millions de femmes ne bénéficient pas d'une couverture adéquate en matière de planification familiale, que près de 20 millions de nourrissons ne reçoivent

Figure 1. Indice de la couverture des services de la CSU par pays (2015) : indicateur 3.8.1 des ODD



ODD : objectifs de développement durable ; CSU : couverture sanitaire universelle ou couverture-santé universelle.

pas en totalité, voire pas du tout, la première série de vaccins contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche, et que d'autres vaccins recommandés ne sont pas administrés à un nombre d'enfants plus élevé encore.

Équité

Faute de données, il n'est pas encore possible de comparer l'indice de couverture des services de la CSU au regard des principales dimensions de l'inégalité. Dans l'attente, les inégalités que présente la couverture des services peuvent être évaluées à partir d'une gamme plus restreinte d'indicateurs, en particulier pour les interventions se rapportant à la santé de la mère et de l'enfant. Ainsi, pour un ensemble de sept services de base, seulement 17 % des mères et des nourrissons dans les ménages du quintile de richesse le plus pauvre des pays à faible revenu et à revenu intermédiaire de la tranche inférieure ont bénéficié, en 2005-2015, de six au moins des sept interventions, contre 74 % dans les ménages du quintile le plus riche.

En ce qui concerne l'évolution des écarts importants de couverture, le pourcentage médian des couples mère-enfant qui ont reçu moins de la moitié des sept services de santé de base a diminué entre 1993-1999 et 2008-2015 pour l'ensemble des quintiles de richesse de 23 pays à faible revenu et à revenu intermédiaire de la tranche inférieure, pour lesquels des données étaient disponibles. Les réductions absolues ont été plus fortes dans les quintiles les plus pauvres, ce qui a diminué d'autant les inégalités absolues entre ces deux périodes.

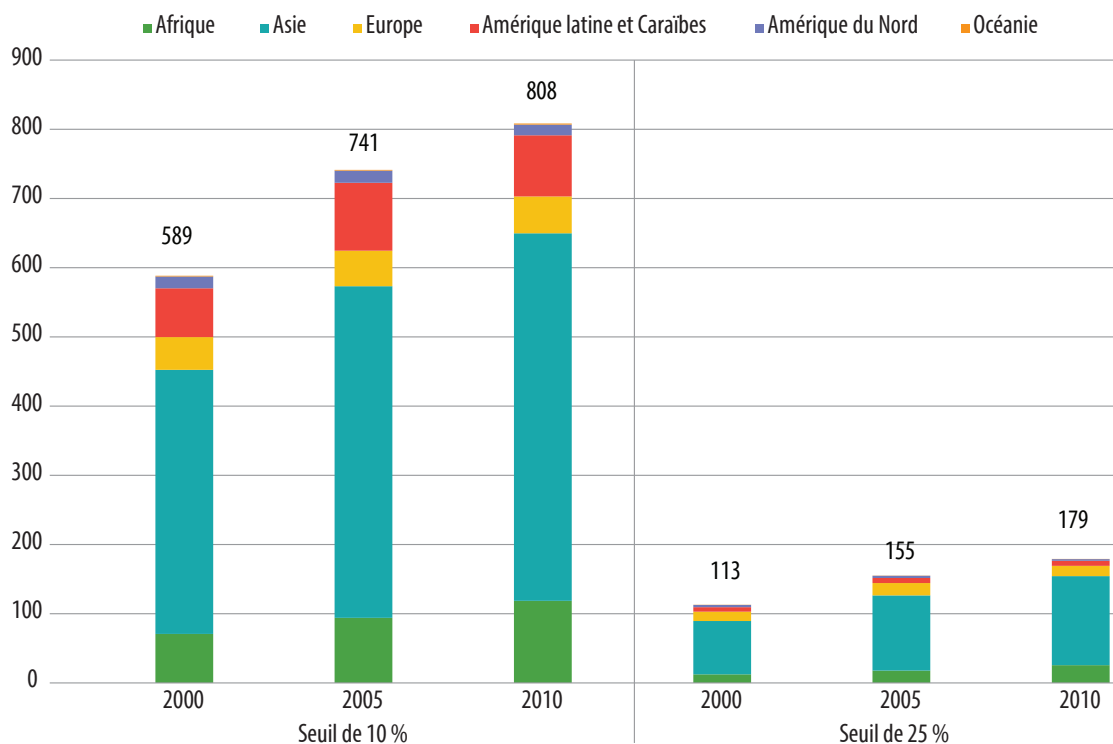
À moins que les interventions sanitaires ne visent expressément à promouvoir l'équité, les efforts consentis pour instaurer la CSU peuvent avoir pour effet d'améliorer la couverture nationale moyenne des services mais aussi d'aggraver les inégalités. Le quintile le plus pauvre accuse les plus grosses lacunes dans la couverture des services de santé, rappelant combien il importe que ceux-ci soient structurés afin que personne ne soit laissé pour compte.

Protection financière

Dans le monde entier, bien des familles traversent d'énormes difficultés financières lorsqu'elles reçoivent les soins de santé dont elles ont besoin. Les efforts menés dans ce domaine au titre de la CSU sont axés sur deux questions : les « dépenses de santé catastrophiques », c'est-à-dire les dépenses directes des ménages (sans remboursement par une tierce partie) qui dépassent la capacité de paiement du ménage ; « les dépenses de santé appauvrissantes », qui se produisent lorsqu'un ménage se trouve contraint, en raison d'un problème de santé, de réduire ses dépenses en produits non médicaux tels que la nourriture, le logement et l'habillement, à un point tel que celles-ci se situent en deçà du niveau correspondant au seuil de pauvreté.

L'incidence des dépenses de santé catastrophiques est évaluée au regard des dépenses directes supérieures à 10 % ou à 25 % du montant total de la consommation ou du revenu du ménage. C'est cette approche qui a été retenue pour le cadre de suivi des ODD. Dans l'ensemble des pays, l'incidence moyenne des dépenses de santé catastrophiques

Figure 2. Tendances mondiales et régionales des dépenses catastrophiques : indicateur 3.8.2 des ODD



est de 9,2 % au regard du seuil de 10 %. Pour ce qui est du seuil de 25 %, la moyenne des taux d'incidence, forcément inférieure, est de 1,8 %. À l'échelle mondiale (figure 2), on estime qu'en 2010, 808 millions de personnes ont engagé à leur charge des dépenses directes en matière de santé supérieures à 10 % de l'ensemble de la consommation ou du revenu du ménage (11,7 % environ de la population mondiale) et, au regard du seuil de 25 %, 179 millions ont engagé ces dépenses (2,6 % de la population).

En 2010, la région de l'Amérique latine et des Caraïbes a affiché le taux le plus élevé (14,8 %) au regard du seuil de 10 %. Elle était suivie de l'Asie (12,8 %), région qui compte le plus grand nombre de ménages devant faire face à des dépenses de santé catastrophiques. Depuis 2000, le pourcentage et le volume de la population mondiale devant faire face à des paiements catastrophiques ont augmenté au regard de tous les seuils. Pour le seuil de 10 %, l'Afrique est la région qui connaît la plus rapide augmentation du nombre de personnes confrontées à des dépenses catastrophiques (+5,9 % par an en moyenne), suivie de l'Asie (+ 3,6 % par an). L'Amérique du Nord est la seule région où le taux d'incidence, ainsi que le volume de la population à la merci de ces dépenses, ont diminué (- 0,9 % par année).

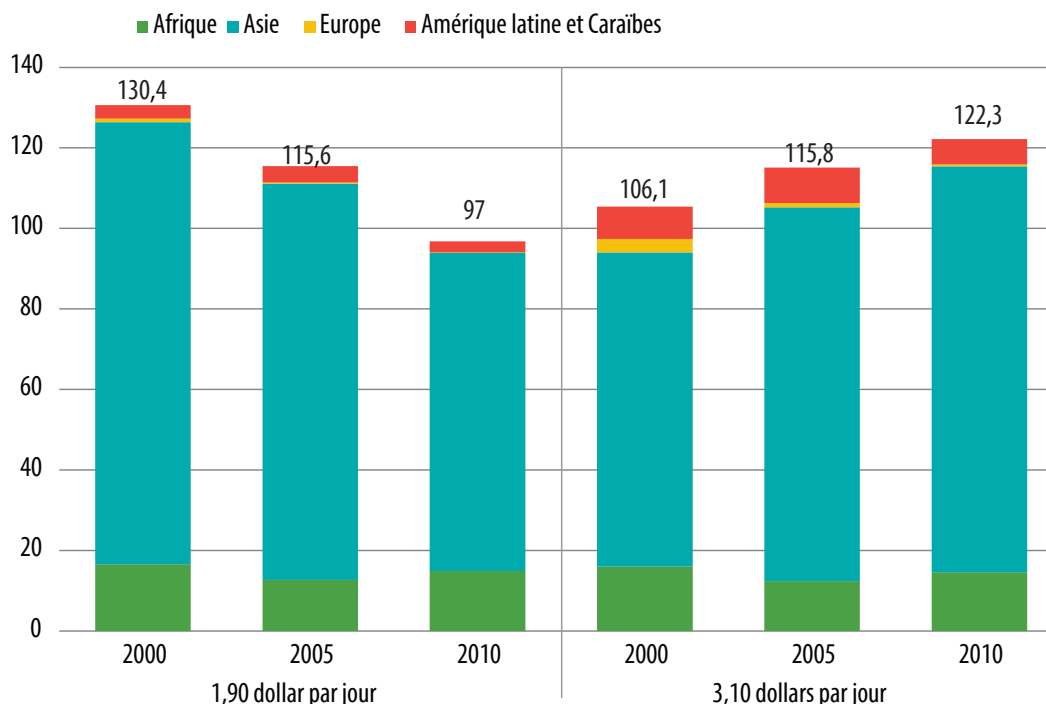
Bien qu'il importe de surveiller les indicateurs des ODD se rapportant aux dépenses catastrophiques, ceux-ci ne constituent pas le seul moyen de suivre les progrès accomplis ni ne suffisent à brosser un tableau global du contexte dans lequel les pays œuvrent pour assurer une protection financière. Les paiements catastrophiques peuvent être

mesurés de différentes façons. En outre, il est possible de mesurer la protection financière moyennant d'autres paramètres que les dépenses catastrophiques. Sont ainsi présentés dans ce rapport des résultats mondiaux et régionaux issus de mesures complémentaires de la protection financière.

Les indicateurs des dépenses en santé appauvrissantes ne font pas partie en soi des indicateurs officiels des ODD relatifs à la couverture sanitaire universelle, mais ils se rapportent directement au premier objectif de la CSU, à savoir mettre fin à la pauvreté sous toutes ses formes partout dans le monde. Ces indicateurs sont fondés sur les seuils internationaux de pauvreté, soit 1,90 dollar international par jour en parité de pouvoir d'achat (ppa) de 2011 pour l'extrême pauvreté et 3,10 dollars internationaux par jour en ppa de 2011 pour la pauvreté modérée. Dans ce rapport, l'incidence de l'appauvrissement correspond à la différence entre le nombre de pauvres ayant dû faire face à des dépenses directes incluses dans le montant total de la consommation ou du revenu du ménage et le nombre de pauvres qui sont identifiés comme tels lorsque ces dépenses ne sont pas incluses dans le montant total de la consommation ou ne sont pas soustraites du revenu total du ménage.

En 2010, on estimait à 97 millions le nombre de personnes appauvries par des dépenses en santé, au regard du seuil international de pauvreté de 1,90 dollar par jour en ppa de 2011, soit 1,4 % de la population mondiale. Au regard du seuil de pauvreté de 3,10 dollars par jour en ppa de 2011, le chiffre était de 122 millions (1,8 %). Pour ces deux seuils de

Figure 3. Tendances mondiales et régionales de l'appauvrissement associé aux dépenses directes : seuils de pauvreté de 1,90 dollar et 3,10 dollars par jour



pauvreté internationaux, les taux d'appauvrissement dans les pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure et les pays à revenu élevé sont proches de zéro ou nuls. Pour le seuil de pauvreté de 1,90 dollar par jour en ppa de 2011, le nombre et le pourcentage de personnes appauvries dans le monde sont tombés de 130 millions (2,1 %) à 97 millions (1,4 %) entre 2000 et 2010. En revanche, au regard du seuil de 3,10 dollars par jour en ppa de 2011, le pourcentage et le nombre de personnes appauvries ont augmenté, passant de 106 millions (1,7 %) à 122 millions (1,8 %), (figure 3).

En 2010, l'Asie et l'Afrique affichaient les taux d'appauvrissement les plus élevés au regard du seuil de pauvreté de 1,90 dollar par jour en ppa de 2011 (1,9 % et 1,4 % respectivement). Entre 2000 et 2010, l'incidence des dépenses de santé sur l'appauvrissement a diminué en Afrique, au regard des deux seuils de pauvreté internationaux, tandis que l'Asie a enregistré un recul sensible au regard du seuil de pauvreté de 1,90 dollar par jour en ppa de 2011 et une augmentation pour le seuil de 3,10 dollars en ppa de 2011.

Le rapport porte également sur le degré de pauvreté, compte tenu de l'impact monétaire des dépenses directes des ménages sur ceux qui s'appauvrissent de plus en plus du fait de leurs dépenses en santé.

On notera qu'une faible incidence des dépenses catastrophiques ou appauvrissantes peut tenir à la protection des ménages contre les difficultés financières, mais aussi à l'absence de soins de santé dont ils ont besoin, soit parce qu'ils n'y ont pas accès soit parce qu'ils n'ont pas les moyens

de les financer. Le suivi de la protection financière doit toujours aller de pair avec celui de la couverture des services.

Suivre la CSU à l'ère des ODD

Les efforts de suivi présentés dans ce rapport se rapportent directement à l'une des caractéristiques inhérentes aux ODD : promouvoir la responsabilisation en encourageant les pays à s'engager à rendre compte des progrès qu'ils accomplissent. La plupart des données diffusées dans les pages suivantes ont fait l'objet, en 2017, d'une consultation officielle avec les États Membres de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Les pays étant les principaux protagonistes du suivi et de l'évaluation, il importe au plus haut point qu'ils s'en assurent la maîtrise si l'on veut que les ODD soient atteints. Les mécanismes de suivi et d'évaluation que chacun d'entre eux mettra en place seront fonction des priorités nationales et éventuellement infranationales. Les pays peuvent également contribuer à la mise en œuvre des cadres régionaux de suivi des ODD. Il y a lieu d'espérer que ce rapport, qui présente des indicateurs et des données comparables à l'échelle internationale, encouragera les pays et les régions à affiner ceux-ci, et à les adapter à leur propre contexte.

Comme le montrent les données recueillies ci-après, les défis sont légion, s'agissant non seulement d'atteindre les objectifs eux-mêmes, mais aussi de mesurer les progrès accomplis. Le chemin à parcourir est long, mais la communauté mondiale a d'ores et déjà témoigné de sa volonté d'instaurer la couverture sanitaire universelle et de la mesurer.

INTRODUCTION

La couverture sanitaire universelle a pour objet d'assurer à chaque individu et à chaque communauté, indépendamment de leur situation, les services de santé dont ils ont besoin sans qu'ils soient exposés à des difficultés financières. Depuis une dizaine d'années environ, des appels de plus en plus nombreux se font entendre pour que l'action visant à réaliser la CSU s'intensifie. Dans un éditorial de septembre 2017 du *Lancet Global Health*, Tedros Adhanom Ghebreyesus, Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), indiquait qu'à ses yeux la CSU était une question d'éthique, avant de demander : « Acceptons-nous que notre prochain puisse mourir parce qu'il est pauvre ? » (1).

Jim Yong Kim, Président du Groupe de la Banque mondiale, s'adressant à l'Assemblée mondiale de la Santé en mai 2013, a déclaré : « Nous pouvons infléchir le cours de l'histoire pour faire en sorte, en une génération, que tous les habitants de la planète aient accès à des services de santé abordables et de qualité » (2). Et comme le souligne le Rapport sur la

santé dans le monde 2010 (OMS) intitulé *Le financement des systèmes de santé: le chemin vers une couverture universelle*, les pays du monde entier répondent depuis longtemps à l'appel et mettent en œuvre des réformes visant à accélérer les progrès sur la voie de l'instauration de la CSU (3).

L'élan qui sous-tend la réalisation de la CSU s'est reflété dans la décision qu'a prise l'Assemblée générale des Nations Unies, en septembre 2015, d'adopter la santé comme l'un des 17 objectifs de développement durable (ODD) (4) et la CSU comme cible des ODD liée à la santé (ODD 3.8 : « Faire en sorte que chacun bénéficie d'une couverture sanitaire universelle, comprenant une protection financière contre les risques... »). La cible que constitue la CSU est au centre des 12 autres cibles liées à la santé, et l'objectif de santé lui-même est étroitement lié aux 16 autres ODD, qu'il permette de contribuer à la réalisation de ceux-ci ou que son succès soit tributaire du leur (Figure 1).

Fig. 1. La santé occupe une place centrale dans les objectifs de développement durable



Encadré 1. Définitions de la CSU, Cible 3.8 des ODD et indicateurs 3.8.1 et 3.8.2 des ODD

Par couverture sanitaire universelle, on entend que chacun bénéficie des services de santé dont il a besoin, y compris les services de santé publique dont l'objet est de promouvoir une meilleure santé (campagnes d'information et taxes antitabac), de prévenir les maladies (vaccinations) et d'offrir des prestations à des fins de traitement, de réadaptation et de palliation (soins de fin de vie) d'une qualité qui garantisse leur efficacité, sans que le recours à ces services n'expose le sujet concerné à des difficultés financières (12).

Cible 3.8 des ODD : Faire en sorte que chacun bénéficie d'une couverture sanitaire universelle, comprenant une protection contre les risques financiers et donnant accès à des services de santé essentiels de qualité et à des médicaments et vaccins essentiels sûrs, efficaces, de qualité et d'un coût abordable.

Indicateur 3.8.1 des ODD : Couverture des services de santé essentiels (définie comme la couverture moyenne des services essentiels telle que déterminée par les interventions de référence concernant notamment la santé procréative, ainsi que la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant ; les maladies infectieuses ; les maladies non transmissibles ; la capacité des services et l'accès pour l'ensemble de la population, dont la plus défavorisée.

Indicateur 3.8.2 des ODD : Proportion de la population pour laquelle les dépenses en santé du ménage sont importantes, en proportion des dépenses totales ou du revenu total du ménage.

Ce n'est qu'en juillet 2017 que l'Assemblée générale des Nations Unies a adopté des indicateurs visant expressément à mesurer les ODD, y compris la CSU (Cible 3.8 des ODD). Ceux-ci faisaient fond sur les recommandations du Groupe interinstitutions et d'experts des Nations Unies sur les indicateurs relatifs aux objectifs de développement du Millénaire (IAEG), composé de statisticiens nationaux de 27 pays (5). Dans le cas de la cible 3.8 des ODD, un fort consensus s'est dégagé entre les experts techniques, la société civile, les gouvernements nationaux et les organismes de l'ONU, sous l'impulsion de l'IAEG, qui a tenu des consultations en 2013 et 2014 auprès de tous les spécialistes et parties prenantes concernés (6-8).

Les activités de suivi du CHU s'appuient sur un effort de collaboration entre l'OMS et la Banque mondiale, annoncé par les deux organisations à la réunion de niveau ministériel qu'elles ont tenue en février 2013 sur la couverture sanitaire universelle (9), en vue d'élaborer un cadre de suivi visant à aider les pays à suivre les progrès qu'ils accomplissent dans la réalisation de la CSU. Ces travaux ont abouti à la publication d'un document de travail en décembre 2013 (10) et au lancement en 2014 du cadre mondial de suivi de la CSU, élaboré par l'OMS et la Banque mondiale (7 et 8).

Dans leur déclaration de 2017, les ministres de la Santé du G20 invitaient « l'OMS à définir des cadres d'indicateurs adaptés aux besoins ainsi qu'à suivre au niveau mondial les progrès relatifs au renforcement des systèmes de santé, et à la CSU, en collaboration avec la Banque mondiale, l'OCDE et d'autres parties prenantes » (11).

Le cadre utilisé dans ce rapport s'appuie sur deux indicateurs ODD se rapportant à la CSU :

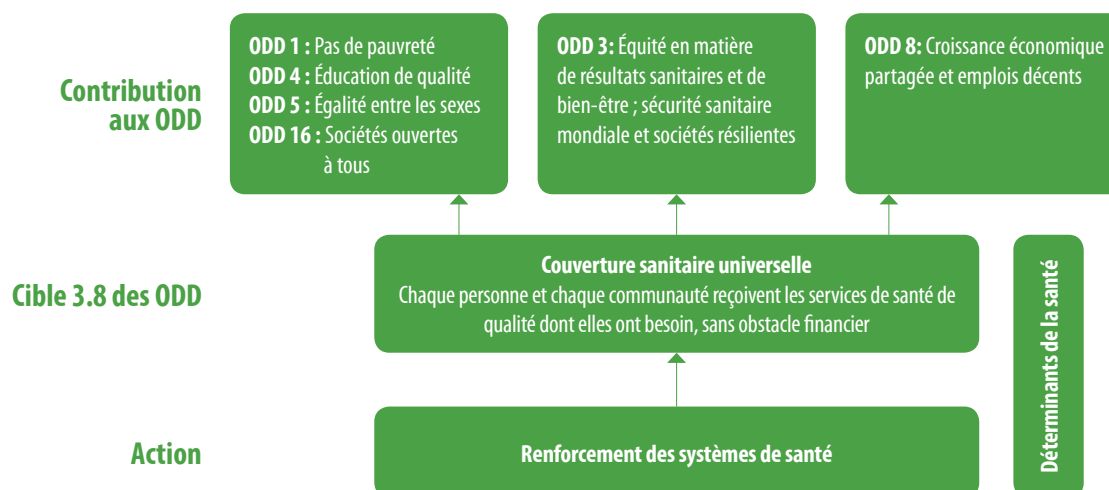
- L'indicateur 3.8.1, qui rend compte du volet de la CSU se rapportant à la couverture de la population (que chacun - indépendamment de son niveau de vie - reçoive les services de santé dont il a besoin) ;

- L'indicateur 3.8.2, qui rend compte du volet de la CSU se rapportant à la protection financière (l'utilisation des services de santé ne devrait pas occasionner de difficultés financières) (encadré 1).

Il importe de mesurer les deux indicateurs conjointement de manière à obtenir un tableau complet de la situation, et notamment de prendre en compte ceux qui n'ont pas accès aux soins de santé (et qui par conséquent n'effectuent pas de paiement) et ceux qui reçoivent des soins de qualité médiocre (12). L'OMS est l'organisme de tutelle désigné pour ces deux indicateurs, avec comme organismes partenaires, le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), le Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP) et la Division de la population du Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies (DAES) pour ce qui concerne l'indicateur 3.8.1, et la Banque mondiale pour ce qui touche à l'indicateur 3.8.2.

L'équité est, de manière générale, essentielle aux ODD et en particulier à la CSU, car elle exige que chacun - indépendamment de sa situation - reçoive les services dont il a besoin sans rencontrer de difficultés financières (12). Pour mesurer la CSU, il est donc nécessaire d'évaluer non seulement l'accès aux services de santé et le coût direct des soins pour l'ensemble de la population d'un pays, mais aussi de veiller à ce que différents segments de la population, en particulier les plus désavantagés, ne soient pas laissés pour compte, conformément à l'optique dans laquelle s'inscrivent les ODD. On a donc été conduit à mettre davantage l'accent sur le suivi de la prestation des services au regard des différentes dimensions de l'inégalité, ainsi que sur les moyennes. En conséquence, les indicateurs des objectifs de développement durable doivent être ventilés par revenu, sexe, âge, race, origine ethnique, handicap, situation géographique et statut migratoire, selon qu'il convient (5).

Figure 2. Investir dans les systèmes de santé pour instaurer la CSU et atteindre les ODD



Source : adapté de Kieny et al., Bulletin 2017 de l'OMS (13).

Ce que la CSU signifie et ne signifie pas

La CSU signifie que chacun - quel que soit son niveau de vie - reçoit les services de santé dont il a besoin, et que l'utilisation de ces services n'occasionne pas de difficultés financières.

Progresser sur la voie de la réalisation de la CSU signifie qu'un plus grand nombre de personnes - en particulier les pauvres, qui sont actuellement plus susceptibles de ne pas bénéficier des soins dont ils ont besoin - obtiennent les services dont elles ont besoin. Il est implicite que les services sont de haute qualité, ce qui signifie que chacun doit recevoir un diagnostic juste et bénéficier des interventions nécessaires. Des progrès sont accomplis dans l'instauration de la CSU lorsque les obstacles (paiements directs, distance à parcourir, installations mal équipées, agents de santé mal formés, etc.) à la recherche et à l'obtention des soins nécessaires sont réduits.

Instaurer la CSU signifie également que le recours à des services de santé nécessaires est de moins en moins susceptible d'occasionner des difficultés financières, que ceux qui reçoivent des services de santé peuvent toujours se procurer de la nourriture et d'autres biens de subsistance, et n'exposent pas leurs familles au risque de la pauvreté en se faisant soigner.

La CSU ne signifie pas que les soins de santé sont toujours gratuits, mais simplement que le montant des paiements ne sera pas élevé au point d'être dissuasif et ne sera pas susceptible d'occasionner des difficultés financières. Les préoccupations qui entourent la CSU ne se rapportent pas seulement au financement des soins de santé. Dans bien des pays pauvres, le manque d'accès, y compris à des services de base, demeure un problème de taille. Les systèmes de santé ont un rôle à jouer dans la progression vers la CSU. Le renforcement des systèmes de santé - l'amélioration du

financement mais aussi le renforcement de la gouvernance, l'organisation du personnel de santé, la prestation des services, les systèmes d'information sur la santé, ainsi que la fourniture de médicaments et d'autres produits de santé - est essentiel à la réalisation de la CSU (Fig. 2).

Le rapport mondial 2017 sur le suivi des progrès accomplis dans la réalisation de la CSU

Il s'agit du second rapport, élaboré conjointement par la Banque mondiale et l'Organisation mondiale de la Santé, sur les progrès accomplis dans la réalisation de la CSU. Le premier, publié en décembre 2015 (12), peu de temps après que l'objectif de la CSU a été inscrit au nombre des ODD, procédait d'une collaboration de près de trois ans entre l'OMS et la Banque mondiale, qui avait débuté à la réunion ministérielle sur la couverture sanitaire universelle que celles-ci avaient tenue en février 2013, et qui avait conduit à l'élaboration conjointe du cadre mondial de suivi de la CSU, sur lequel reposait le premier rapport de suivi mondial (7-9).

Suivant de peu l'adoption par l'Assemblée générale des Nations Unies, en 2017, des deux indicateurs 3.8.1 et 3.8.2 se rapportant à la CSU, le présent rapport met fortement l'accent sur les mesures à prendre en vue de les établir. Il avait été rendu compte des analyses initiales dont ces indicateurs avaient fait l'objet ou qui avaient été effectuées en prévision de leur construction dans le premier rapport mondial annuel, mais une place plus importante leur est faite ici (12).

Dans le rapport de 2015 (12), une série d'indicateurs de référence distincts avait été utilisée pour broser un tableau de la couverture des services essentiels, tandis

que dans le présent rapport, un indice calculé sur la base d'indicateurs de référence résume la couverture en un seul chiffre, en conformité avec la définition de l'indicateur 3.8.1 des ODD. Pour ce qui concerne la protection financière, la portée géographique est considérablement élargie dans le présent rapport. Alors que le rapport de 2015 faisait fond sur les données de protection financière de 37 pays, ce qui représentait moins de 20 % de la population mondiale, le présent rapport s'appuie sur les données de 132 pays, ce qui équivaut à plus de 90 % de la population mondiale.

En dépit de leur importance, les deux indicateurs des ODD se rapportant à la CSU ne sont qu'un sous-ensemble des indicateurs utilisés pour suivre les progrès accomplis dans la réalisation de la CSU et s'inscrivent dans un vaste programme de suivi alimenté par bon nombre d'indicateurs se rapportant dans bien des cas et de plus longue date à des régions et à des pays précis. La portée du présent rapport excède celle des indicateurs officiels des ODD se rapportant à la CSU. Ainsi, outre qu'il y est rendu compte des dépenses de santé « catastrophiques » (indicateur 3.8.2 des ODD), on y passe en revue les progrès accomplis dans la réduction de l'appauvrissement dû aux dépenses directes des ménages. Ce second aspect de la protection financière n'est pas un indicateur officiel des ODD relatif à la CSU, mais il est directement lié au tout premier objectif de développement durable, à savoir mettre fin à la pauvreté sous toutes ses formes partout dans le monde.

Les efforts de suivi décrits dans le présent rapport se rapportent directement à l'une des caractéristiques essentielles des objectifs de développement durable : promouvoir la responsabilisation en encourageant les pays à s'engager à rendre compte des progrès qu'ils accomplissent. La plupart des données fournies dans les pages suivantes ont fait l'objet d'une consultation officielle avec les États membres de l'OMS en 2017. Étant les principaux protagonistes du suivi et de l'évaluation, les pays se doivent d'en assurer la maîtrise si l'on veut que les ODD soient atteints. Les mécanismes de suivi et d'évaluation que mettra en place chacun des pays concernés tiendront compte des priorités nationales et éventuellement infranationales. Les pays peuvent également contribuer à la mise en œuvre des cadres régionaux de suivi des ODD. Il y a lieu d'espérer qu'en élaborant des mesures et en publiant des données comparables à l'échelle internationale, le présent rapport encouragera les pays et les régions à les affiner et à les adapter à leur propre situation.

Comme le montrent les pages suivantes, les défis sont légion, s'agissant non seulement d'atteindre les objectifs eux-mêmes, mais aussi de mesurer les progrès accomplis. Le chemin à parcourir est long, mais la communauté mondiale a d'ores et déjà témoigné de sa volonté d'instaurer la couverture sanitaire universelle et de la mesurer.

Bibliographie

1. Ghebreyesus TA. All roads lead to universal health coverage. *Lancet Glob Health*. 2017 Sep;5(9): e839-e840.
2. Pauvreté, santé et avenir de l'humanité. Allocution du Président du Groupe de la Banque mondiale, Jim Yong Kim, à l'Assemblée mondiale de la Santé, 21 mai 2013, Genève, Suisse, (<http://www.banquemondiale.org/fr/news/speech/2013/05/21/world-bank-group-president-jim-yong-kim-speech-at-world-health-assembly>, consulté le 2 décembre 2017).
3. Rapport sur la santé dans le monde. Financement des systèmes de santé : le chemin vers une couverture universelle. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2010.
4. Résolution 70/1. Transformer notre monde : le Programme de développement durable à l'horizon 2030. À la soixante-dixième session de l'Assemblée générale des Nations Unies, New York, 21 octobre 2015. New York: ONU ; 2015 (<https://undocs.org/A/RES/70/1>, consulté le 2 décembre 2017).
5. Résolution 71/313. Travaux de la Commission de statistique sur le Programme de développement durable à l'horizon 2030. À la soixante et onzième session de l'Assemblée générale des Nations Unies, New York, 10 Juillet 2017. New York: ONU ; 2017 (<https://undocs.org/A/RES/71/313>, consulté le 2 décembre 2017).
6. Monitoring universal health coverage [website]. Geneva: World Health Organization; 2017 (http://www.who.int/healthinfo/universal_health_coverage/en/, consulté le 2 décembre 2017).
7. World Bank Group, World Health Organization. Monitoring progress towards universal health coverage at country and global levels: framework, measures and targets. Washington DC, Geneva: The World Bank, World Health Organization; 2014.
8. Boerma T, Eozenou P, Evans D, Evans T, Kieny MP, Wagstaff A. Monitoring progress towards universal health coverage at country and global levels. *PLoS Med*. 2014;11(9):e1001731.
9. World Bank Group, World Health Organization. Report on the ministerial level roundtable on universal health coverage. In: WHO/World Bank ministerial-level meeting on universal health coverage, 18-19 February 2013, Geneva, Switzerland (http://www.who.int/health_financing/ministerial_meeting_report20130328.pdf, consulté le 7 décembre 2017).
10. World Bank Group, World Health Organization. Monitoring progress towards universal health coverage at country and global levels: a framework [joint WHO/World Bank Group Discussion Paper]. Washington DC, Geneva: The World Bank, World Health Organization; 2013.
11. Together today for a healthy tomorrow. Berlin Declaration of the G20 Health Ministers. Berlin: G20; 2017 (http://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/G/G20-Gesundheitsministertreffen/G20_Health_Ministers_Declaration_engl.pdf, consulté le 2 décembre 2017).
12. World Bank Group, World Health Organization. Tracking universal health coverage: first global monitoring report. Washington DC, Geneva: The World Bank Group; World Health Organization; 2015 (http://www.who.int/healthinfo/universal_health_coverage/report/2015/en/, consulté le 2 décembre 2017).
13. Kieny MP, Bekedam H, Dovlo D, Fitzgerald J, Habicht J, Harrison G et al. Strengthening health systems for universal health coverage and sustainable development. *Bull World Health Organ*. 2017;95(7):537-539.



CHAPITRE 1

LA COUVERTURE DES SERVICES DE SANTÉ ESSENTIELS

Les progrès accomplis sur la voie de l'instauration de la couverture sanitaire universelle, également appelée couverture-santé universelle (CSU), procèdent d'une démarche continue qui évolue au gré des nouvelles tendances démographiques, épidémiologiques et technologiques, ainsi que des nouvelles attentes de la population. En ce qui concerne la couverture de services, la CSU a pour objet d'assurer à tous ceux qui peuvent en avoir besoin des services de promotion, de prévention, de traitement, de réadaptation ou de palliation, qui soient d'une qualité suffisante pour garantir d'éventuels gains en santé.

Si, faute de ressources, certains pays n'ont pas les moyens d'offrir la gamme complète des services de santé, tous néanmoins devraient être à même de garantir des services essentiels. Sont présentés ci-après les méthodes employées et les résultats de référence ODD pour un indice donné - lequel permet de résumer en un seul chiffre la couverture des services de santé essentiels - ainsi que des estimations des lacunes que présente la couverture des services, et des analyses plus détaillées des niveaux et des tendances d'un sous-ensemble d'indicateurs s'y rapportant par dimensions déterminantes de l'inégalité.

Couverture des services de santé : principales conclusions

- **Les niveaux de couverture des services varient considérablement d'un pays à l'autre.** L'indice de couverture des services de la CSU a une valeur de 64 (sur 100) à l'échelle mondiale, avec des valeurs allant de 22 à 86 dans l'ensemble des pays en 2015. Telle que mesurée par l'indice s'y rapportant, la couverture des services est plus élevée dans les régions d'Asie de l'Est (77) et celles d'Amérique du Nord et d'Europe (77 également), relevant des ODD, tandis que l'Afrique subsaharienne a la valeur d'indice la plus faible (42), suivie de l'Asie du Sud (53).
- **De fortes valeurs d'indice sont associées à une longue espérance de vie, même après la prise en compte du revenu national et de l'éducation.** L'indice est corrélé avec les taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans ($p=0,86$), avec l'espérance de vie ($p=0,88$) et avec l'indice de développement humain ($p=0,91$). L'écart entre la valeur minimale (22) de l'indice et la valeur maximale (86) sur l'ensemble des pays tient à l'espérance de vie (21 années de différence), une fois pris en compte le revenu national brut par habitant et le nombre moyen d'années d'éducation des adultes.
- **Au moins la moitié de la population mondiale ne bénéficie pas d'une couverture complète des services de santé essentiels...** Il est difficile de réaliser des estimations précises, mais sur la base d'une série d'analyses de sensibilité plausibles, le nombre de ceux qui sont couverts par la plupart des services essentiels a varié de 2,3 à 3,5 milliards en 2015. Cela signifie qu'au moins la moitié des 7,3 milliards d'habitants de la planète ne reçoivent pas les services de santé essentiels dont ils ont besoin.
- **...et a d'importants besoins non satisfaits touchant un éventail d'interventions particulières.** Par exemple, plus d'un milliard de personnes souffrent d'une hypertension non maîtrisée ; plus de 200 millions de femmes ne bénéficient pas d'une couverture suffisante en matière de planification familiale ; près de 20 millions de nourrissons ne reçoivent pas en totalité, voire pas du tout, la première série de vaccins contenant du DTC, et un nombre beaucoup plus important encore ne bénéficie pas d'autres vaccins recommandés.
- **La couverture des services essentiels a augmenté depuis 2000.** Les tendances temporelles de l'indice de couverture des services de la CSU ne sont pas encore connues, mais la couverture moyenne pour un sous-ensemble de neuf indicateurs de référence utilisés dans l'indice, associés à des séries chronologiques disponibles, que la couverture moyenne s'est accrue de 1,3 % par an, soit une augmentation relative de 20 % environ pour 2000 à 2015. Pour ces neuf indicateurs, l'augmentation la plus rapide des taux se rapporte à la couverture du traitement antirétroviral pour le VIH (de 2 % en 2000 à 53 % en 2016) et à l'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide pour la prévention du paludisme (de 1 % en 2000 à 54 % en 2016).
- **En dépit des progrès accomplis, de fortes inégalités persistent dans les services de santé maternelle et infantile de base dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire.** Les inégalités absolues de richesse pour ce qui concerne la couverture de sept services de santé maternelle et infantile de base ont diminué ; toutefois, seulement 17 % des ménages du quintile de richesse le plus pauvre dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire de la tranche inférieure ont bénéficié d'au moins six des sept interventions de base, contre 74 % dans le quintile le plus riche.

Principaux concepts de mesure

Couverture effective des services

La couverture effective des services est définie comme la proportion de tous ceux qui reçoivent des services - dont ils ont besoin - qui sont d'une qualité suffisante pour garantir d'éventuels gains en santé (1). Les indicateurs de couverture effective tiennent compte des efforts que consent un pays pour assurer à la population les services de santé de qualité dont elle a besoin, et sont les indicateurs à privilégier pour suivre l'évolution de la CSU en matière de couverture de services. Ainsi, un indicateur associé à la couverture effective du traitement du VIH devrait non seulement permettre de déterminer si un individu reçoit un traitement antirétroviral, mais également si sa charge virale a été supprimée. Il est fâcheux que pour bien des domaines majeurs en matière de santé, les indicateurs de couverture effective ne soient guère répandus, soit en raison d'un manque d'investissements dans la collecte de données, soit parce qu'il est difficile de définir un indicateur opérationnel pour tel ou tel service de santé. En pareils cas, il convient de recourir à d'autres indicateurs liés à une couverture effective.

Couverture des services

Les indicateurs de couverture des services, qui sont définis comme la proportion de personnes qui reçoivent un service dont elles ont besoin, quelle que soit sa qualité, sont plus couramment mesurés que les indicateurs de couverture effective. Ainsi, alors que le nombre de consultations prénatales peut être déterminé par les patients eux-mêmes au moyen d'une enquête, il est en revanche plus difficile de déterminer la qualité des soins reçus. Faute d'éléments d'information sur la couverture effective, ces indicateurs servent souvent à suivre l'évolution de la couverture des services de santé, au détriment de la collecte d'information sur la qualité des services reçus. Parce que la frontière n'est pas toujours nette entre la couverture effective des services et la couverture relative à un service de santé donné, il peut être difficile, dans certains cas, de choisir le libellé d'un indicateur. Dans le présent rapport, l'expression « couverture des services » est souvent utilisée comme abréviation pour les deux notions.

Indicateurs de référence

Les pays offriront une large gamme de services à mesure qu'ils progresseront sur la voie de l'instauration de la CSU. Comme il n'est pas pratique de suivre les indicateurs pour l'ensemble de ces services, un sous-ensemble « gérable » d'indicateurs a été choisi pour représenter la couverture globale (1 et 2). Les indicateurs de référence ont été sélectionnés sur la base de plusieurs critères, qui sont examinés plus en détail ci-après. Il importe de noter que ces indicateurs ne constituent pas

un ensemble de services recommandés mais qu'ils ont été choisis pour saisir l'ampleur des services de santé au sein de la CSU d'une manière mesurable.

Indicateurs substitutifs

Des indicateurs fiables associés à la couverture des services font parfois défaut pour plusieurs grands domaines de la santé, y compris les maladies non transmissibles, la santé mentale, les soins chirurgicaux et les soins d'urgence, ainsi que les examens médicaux de routine. En pareils cas, il convient d'utiliser des indicateurs substitutifs qui tiennent compte de ces domaines. Les indicateurs substitutifs sont corrélés avec la couverture de services de santé aux personnes dans le besoin et peuvent être soit « en amont » soit « en aval » de la couverture effective des services. Les indicateurs de capacité, d'accès ou d'utilisation des services sont en amont ; ils représentent soit la disponibilité des services pour ceux qui en ont besoin, soit le taux d'utilisation de ces services, sans fournir d'information sur la proportion de personnes qui reçoivent réellement un service particulier dont elles ont besoin. Dans l'autre sens, les indicateurs « en aval », tels que l'existence d'un facteur de risque ou le taux de mortalité d'une maladie ou d'un traumatisme, mettent en évidence l'impact de la couverture des services, mais sont également fonction d'autres facteurs sur lesquels le système de santé n'a aucun contrôle, notamment la richesse d'un pays ou le niveau moyen d'éducation.

Indice des services de santé essentiels

L'indice de couverture des services de la CSU est un indicateur unique calculé à partir d'indicateurs de référence (dont certains sont des mesures indirectes de la couverture des services) pour suivre l'évolution de la couverture des services de santé essentiels. Les services de santé essentiels sont des services que tous les pays, indépendamment de leur profil démographique, épidémiologique ou économique, sont censés fournir. C'est ce que sous-tend la définition suivante de l'indicateur 3.8.1 des ODD :

Couverture des services de santé essentiels (définie comme la couverture moyenne des services essentiels telle que déterminée par les interventions de référence concernant notamment la santé reproductive, ainsi que la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant ; les maladies infectieuses ; les maladies non transmissibles ; la capacité des services et l'accès pour l'ensemble de la population, dont la plus défavorisée).

Un certain nombre de choix méthodologiques doivent être faits lors de la construction d'un indice, notamment pour ce qui concerne les indicateurs de suivi et les calculs à utiliser pour les combiner en une valeur finale d'indice. Il existe un certain nombre d'exemples d'indices destinés à résumer la santé de la population (3-5), y compris pour la CSU (6-8), qui

s'inspirent souvent de l'indice du développement humain. Pour la première fois, ce rapport et l'article de journal (9) qui l'accompagne traduisent en termes opérationnels une mesure de l'indicateur 3.8.1 des ODD sur la couverture des services de santé essentiels, en présentant les méthodes et les résultats de référence pour 183 pays. L'indice de couverture des services se rapportant à la CSU est simple à calculer, notamment à partir des données nationales disponibles, ce qui permet aux pays de suivre les progrès accomplis sur la voie de l'instauration de la CSU.

Inégalités dans la couverture des services

On peut brosser un tableau des inégalités que présente la couverture des services en mesurant les niveaux de couverture de différentes catégories de populations, par quintile de richesse des ménages, niveau d'éducation, région géographique, âge et sexe, etc. Il importe de mesurer la couverture en tenant compte des aspects essentiels de l'inégalité, car les moyennes nationales peuvent masquer des niveaux de couverture faibles parmi les groupes de population défavorisés.

Opérationnalisation de l'indicateur 3.8.1 des ODD : un indice des services de santé essentiels

Principes directeurs

L'indice a été élaboré dans le cadre d'un mécanisme pluriannuel comprenant des examens mondiaux, des études de cas par pays, des consultations avec les responsables de ministères de la Santé et une consultation officielle de l'OMS avec les États Membres en 2017 (1, 2 et 10-15). Il s'articule autour de quatre principes directeurs, mais dont certains ne peuvent être pour l'heure pleinement suivis faute de disponibilité de certaines données. Le premier principe directeur concerne la préférence accordée aux mesures de couverture effective des services. Selon le deuxième principe, en accord avec la définition de la CSU, l'indice devrait inclure des indicateurs associés à différents types de services, à savoir : la prévention, y compris la promotion de la santé et la prévention des maladies, ainsi que des indicateurs liés au traitement, notamment les services curatifs, la réadaptation et les soins palliatifs (2). Il convient de noter que sont également compris les services et interventions extérieurs au secteur de la santé mais qui ont pour vocation principale l'amélioration de la santé (1). Le troisième principe prévoit que l'indice couvre tous les principaux domaines liés à la santé reproductive, ainsi qu'à la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, les maladies infectieuses, les maladies non transmissibles et les traumatismes. À la suite de la définition

de l'indicateur 3.8.1, quatre catégories d'indicateurs ont été établies : santé reproductive et santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant ; maladies infectieuses ; maladies non transmissibles ; capacité des services et accès. Selon le quatrième principe, l'indice doit être ventilé par dimension déterminante de l'inégalité.

Critères relatifs aux indicateurs de référence

Pour chacune des quatre catégories décrites dans la définition de l'indicateur 3.8.1 des ODD, les indicateurs de référence ont été sélectionnés selon plusieurs critères (2) et de manière qu'ils soient représentatifs d'une gamme de stratégies de couverture de services par programme. Premièrement, un indicateur devrait être pertinent, à savoir rendre compte du fardeau épidémiologique et de la mise en œuvre des interventions d'un bon rapport coût-efficacité. Deuxièmement, il doit également être fiable, établi sur la base de données actuelles et comparables pour la plupart des pays, pouvant autant que possible être désagrégées à des fins d'analyse de l'équité. Troisièmement, un indicateur doit être conceptuellement fiable, et comprendre un numérateur et un dénominateur mesurables, ainsi qu'une cible claire et, pour bien faire, une définition qui rende bien compte de la couverture effective (16). Enfin, il doit être utilisable, en ce sens qu'il est facile à communiquer : les indicateurs qui ont déjà été diffusés aux pays intéressés, y compris ceux du cadre de suivi des ODD, sont attrayants car ils permettent d'alléger la charge que représente l'établissement de rapports.

Il est difficile de sélectionner des indicateurs qui remplissent ces critères (encadrés 1.1 et 1.2) et peu de ceux qui ont été choisis y répondent en totalité. Le plus grand défi est posé par le manque de données disponibles sur les indicateurs de couverture des services, ce qui conduit à utiliser des indicateurs substitutifs, en particulier pour la couverture du traitement des maladies non transmissibles, et par définition pour la catégorie relative à la capacité des services et à l'accès. L'utilisation d'indicateurs indirects garantit que les deux premiers critères - la pertinence et la faisabilité - sont respectés pour tous les indicateurs.

Indicateurs de référence sélectionnés

Seize indicateurs de référence ont été sélectionnés, quatre pour chacune des quatre catégories présentées dans la définition de l'indicateur 3.8.1 des ODD. La disponibilité des données a influé de façon déterminante sur l'établissement de la liste des indicateurs, étant entendu qu'il sera procédé à des substitutions à mesure que de nouvelles données pourront être obtenues. On trouvera dans le tableau 1.1 la liste des indicateurs de référence, avec des informations sur leurs caractéristiques, la disponibilité des données, les raisons justifiant leur inclusion, les limites et les améliorations possibles.

Encadré 1.1. Défis posés par le suivi de la couverture effective des services

Le suivi de la couverture effective des services, définie comme la couverture des services permettant d'obtenir le maximum de gains possibles en matière de santé, pose trois grands défis majeurs. Le premier d'entre eux consiste à mesurer avec précision la proportion de la population ayant besoin de services. Les dossiers administratifs des prestataires de services et le diagnostic préalable auto-déclaré sont souvent des sources d'information peu fiables, car ceux qui n'ont pas accès aux services de santé n'obtiennent pas de diagnostic. Une évaluation complète des besoins de la population nécessite d'autres sources de données, notamment un questionnaire ou des biomarqueurs s'inscrivant dans le cadre d'une enquête sur la santé des ménages. Cela étant, peu d'affections nécessitant un traitement peuvent être diagnostiquées de cette façon, ce qui limite considérablement le nombre d'indicateurs de couverture effective susceptibles d'être suivis en toute fiabilité.

Déterminer l'efficacité de la couverture des services – c'est-à-dire la mesure dans laquelle les services se traduisent par une amélioration de la santé – constitue le deuxième défi (une discussion approfondie sur la mesure de la qualité est présentée dans l'encadré 1.2). Certains indicateurs permettent de mesurer directement la qualité des soins. Ainsi, la surveillance du traitement de l'hypertension peut également consister à mesurer le degré de maîtrise de l'hypertension, et celle de la couverture chirurgicale de la cataracte peut englober la mesure de l'acuité visuelle actuelle (17). Cependant, d'une manière générale, il est plus complexe de mesurer l'effectivité des soins que la couverture des services.

La troisième grande difficulté consiste à surveiller l'équité dans l'accès à des services de santé de qualité. Pour que personne ne soit laissé pour compte dans l'action que mènent les pays pour établir la CSU, il faut avoir accès à des données désagrégées par dimensions de l'inégalité, telles que la richesse ou la situation géographique. Ce type de données est habituellement disponible pour les interventions touchant la santé reproductive, ainsi que la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, pour la prévention du paludisme et pour les services d'eau et d'assainissement dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire, mais pas systématiquement pour d'autres questions ou indicateurs de santé essentiels au suivi de la CSU. Il convient donc d'investir dans la collecte de données, en vue notamment de mener régulièrement des enquêtes sur la santé des ménages et de mettre au point des systèmes de communication de données sur les établissements sanitaires qui soient à la fois électroniques et harmonisés. Il est au demeurant décisif de renforcer les capacités d'analyse et de communication des données sur les inégalités en matière de santé. Ce n'est qu'alors que les pays pourront lier ces informations aux politiques qu'ils mettent en œuvre pour améliorer l'équité dans le domaine de la santé.

Encadré 1.2. Mesurer la qualité des soins

La mesure de la qualité des soins de santé commence par la compréhension de ce que l'on entend par qualité, notion aux multiples facettes (18). Le projet lancé en 2001 par l'OCDE sur les indicateurs de la qualité des soins de santé, qui vise à élaborer et à communiquer des indicateurs communs pour permettre des comparaisons internationales (19), a présenté la qualité sous trois grands aspects : l'efficacité, la sécurité des patients et la réceptivité/la dimension humaine (19 et 20). Dans les pays dotés de systèmes d'information sanitaire perfectionnés, les données de suivi émanent souvent des systèmes de notification administrative ; en revanche, ce type de données est généralement peu fiable ou fait défaut dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, mais peut être remplacé par des études spécialisées.

Efficacité

La couverture effective des services est définie comme la couverture des services qui permet d'obtenir les gains de santé souhaités. Le cadre de suivi élaboré par l'OMS et la Banque mondiale vise, dans la mesure du possible, à prendre en compte l'efficacité des services de santé dans les indicateurs de couverture (voir l'encadré 1.1 sur les problèmes de suivi), mais tient également compte du fait que l'efficacité peut être mesurée au moyen d'autres indicateurs (2 et 10). Une approche consistant à surveiller l'exposition aux risques pour la santé, tels que la tension artérielle non maîtrisée, ou l'état de santé, donne aussi des indications sur l'efficacité de la couverture.

Un grand nombre de chercheurs ont évalué le rendement des systèmes de santé en fonction des décès qui n'auraient pas dû survenir si des soins efficaces avaient été dispensés (21-25). Ces données illustrent à la fois la promotion de la santé et la couverture de soins de santé personnels efficaces, mais aussi les facteurs extérieurs au système de santé, tels que les influences environnementales, sociales et économiques. En outre, on ne dispose pas de données de qualité sur la mortalité par cause de décès pour bon nombre de pays à faible revenu ou à revenu intermédiaire.

Un autre moyen de mesurer l'efficacité des soins est d'évaluer la pratique médicale des prestataires à l'aide de vignettes médicales (cas hypothétiques « traités » par le prestataire) ou de patients simulés (acteurs recrutés dans la communauté locale et formés pour présenter la même affection à différents prestataires non informés). Les travaux effectués avec les patients simulés montrent systématiquement que moins de la moitié des patients reçoivent ce dont ils ont besoin, et qu'en principe, moins de 5 % voient leurs besoins satisfaits sans prise de médicaments supplémentaires et inutiles, y compris des antibiotiques (26-27).

Sécurité des patients

Assurer la sécurité des patients consiste à prémunir tous ceux qui reçoivent des soins contre d'éventuels traumatismes. L'OCDE a défini deux types d'indicateurs associés à la sécurité des patients : la fréquence des événements qui ne devraient jamais se produire, comme l'impossibilité d'enlever les corps étrangers chirurgicaux à la fin d'une chirurgie ; la fréquence des événements « indésirables » tels que les traumatismes obstétricaux, qui peuvent être réduits mais non éliminés (28). Ces deux types d'indicateurs reposent sur des mécanismes de communication de données qui sont particulièrement développés dans certains pays à revenu élevé. L'OCDE reconnaît que des taux plus élevés d'événements indésirables peuvent non pas signaler des soins moins efficaces mais tout simplement des systèmes de surveillance plus perfectionnés et un sens plus marqué de la sécurité des patients (28). Faute de tels systèmes de notification, la Banque mondiale a récemment expérimenté une approche différente, en réalisant une étude spécialisée dont l'objet est d'observer la pratique médicale. Il peut s'agir par exemple de déterminer si telle ou telle mesure éprouvée de lutte contre des infections est correctement mise en œuvre (29).

Réceptivité/Dimension humaine

Cette dimension de la qualité comprend l'expérience du patient (la couverture de soins qui répondent aux préférences, aux valeurs et aux besoins individuels) et l'intégration (soins continus, continus et holistiques, adaptés aux besoins du patient) (19 et 20). On les mesure généralement en interrogeant les patients sur leur expérience des soins de santé, en vue par exemple de déterminer si les explications fournies par les médecins sont faciles à comprendre. Il est également important de noter que des soins de santé appréciés par un patient peuvent en réalité ne pas être efficaces (30). Un autre sujet de préoccupation tient à la possibilité que la participation aux enquêtes de satisfaction des patients soit entravée par les obstacles linguistiques et culturels (31). Les recherches menées dans les pays à faible revenu font généralement apparaître des niveaux de satisfaction des patients très élevés, ce qui rend les données difficiles à interpréter (32).

Pour ce qui est des indicateurs de la prévention des maladies cardiovasculaires et de la prise en charge du diabète, il n'existe actuellement aucune série de données normalisées sur la couverture efficace des maladies cardiovasculaires et le traitement du diabète, ni sur les risques cardiovasculaires élevés. Entre-temps, la prévalence de la tension artérielle normale (y compris celles dont la tension artérielle est contrôlée par des médicaments) et la glycémie plasmatique moyenne à jeun (indicateur du diabète) ont été choisies comme mesures substitutives (tableau 1.1). Ces résultats témoignent du succès que connaissent les programmes efficaces de promotion de la santé, de dépistage et de traitement.

La catégorie de capacité de service et d'accès utilise des indicateurs substitutifs pour la série de mesures de couverture qui ne peuvent actuellement pas être surveillées en raison de l'insuffisance des données (encadré 1.1). Cela comprend des domaines importants comme les examens médicaux

de routine, le traitement des maladies mentales, les soins d'urgence et les interventions chirurgicales. Les indicateurs substitutifs sélectionnés dans cette catégorie englobent la densité des lits d'hôpitaux, la densité des médecins, des psychiatres et des chirurgiens, l'accès aux médicaments essentiels et le taux de conformité des patients ainsi que le respect du Règlement sanitaire international, pour rendre compte de la sécurité sanitaire.

On notera qu'il est difficile d'interpréter des mesures substitutives comme la densité de lits d'hôpitaux, la densité de médecins et d'autres paramètres telles que les taux d'utilisation des services dans la mesure où le niveau optimal pour ces indicateurs n'est pas clairement défini, et où ils ne reflètent pas un besoin particulier de services. Cela étant, les faibles niveaux de ces indicateurs sont révélateurs d'un accès et d'un recours insuffisants aux services de santé essentiels.

Tableau 1.1. Seize indicateurs de référence choisis pour suivre les progrès accomplis dans l'instauration de la CSU se rapportant à la couverture des services de santé essentiels

Zone de référence	Indicateur de référence	Type	Sources de données primaires	Mesurabilité des principales dimensions de l'inégalité ^a	Pays disposant de données primaires depuis 2010	Source de données	Justification, insuffisances et améliorations possibles
Santé reproductive et santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant							
1. Planification familiale	Demande satisfaite par une méthode moderne chez les femmes de 15 à 49 ans mariées ou vivant maritalement (%)	Couverture effective des services	Enquête auprès des ménages	R, I, L, A	112	Estimations du PNUD (33)	La demande satisfaite par une méthode moderne correspond à l'indicateur 3.7.1 des ODD. Celui-ci a un dénominateur relativement complexe dérivé de multiples questions d'enquête, et la collecte de données porte davantage sur les femmes vivant maritalement que sur l'ensemble des femmes sexuellement actives.
2. Soins pendant la grossesse et l'accouchement	Soins prénatals, quatre consultations ou plus (4CPN) (%)	Couverture des services	Enquête auprès des ménages	R, I, L, A	98	Base de données mondiale de l'OMS (34)	Le nombre de visites de soins prénatals comprend les contacts avec le système de santé, mais ne rend pas compte de la qualité des soins reçus, ce qui n'entraîne pas forcément une amélioration des résultats en matière de mortalité. Les accouchements assistés par du personnel de santé qualifié (indicateur 3.1.2 des ODD) sont une alternative privilégiée ; cependant, l'absence de mesure standardisée du personnel de santé « qualifié » rend les comparaisons entre pays difficiles. Les efforts consentis par l'OMS et l'UNICEF pour améliorer la comparabilité des rapports axés sur l'indicateur 3.1.2 devraient résoudre ces questions et permettre de substituer cet indicateur aux 4CPN dans l'indice. Traduit avec www.DeepL.com/Translator

Zone de référence	Indicateur de référence	Type	Sources de données primaires	Mesurabilité des principales dimensions de l'inégalité ^{aa}	Pays disposant de données primaires depuis 2010	Source de données	Justification, insuffisances et améliorations possibles
3. Vaccination des enfants	Les enfants de 1 an qui ont reçu 3 doses de vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (DTC3), (%)	Couverture des services	Système administratif et enquête auprès des ménages	R, I, L, S	183	Estimations de l'OMS et de l'UNICEF (35)	La couverture en DTC3, identique à la couverture vaccinale pentavalent dans la plupart des pays, est un indicateur d'un système de vaccination systématique des nourrissons. Cependant, plusieurs autres vaccins, tels que les vaccins contre la rougeole (deuxième dose), contre la pneumonie à pneumocoque et contre la diarrhée à rotavirus, ont généralement une couverture plus faible et la proportion d'enfants recevant tous les vaccins prévus dans un calendrier national est généralement beaucoup plus faible (cela étant, les systèmes de données existants dans la plupart des pays ne permettent pas de procéder à des mesures directes). Cet indicateur pourrait être remplacé par une seconde dose de vaccin antirougeoleux, conformément à la recommandation récente du Groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination. Traduit avec www.DeepL.com/Translator .
4. Traitement des enfants	Comportement de recherche de soins pour les enfants suspectés de pneumonie (%)	Couverture des services	Enquête auprès des ménages	R, I, L, S	94	Base de données mondiale de l'UNICEF (36)	La pneumonie est l'une des principales causes de maladie et de décès chez les enfants. Les cas suspects de pneumonie sont identifiés à partir d'une série de questions sur les maladies survenues au cours des deux dernières semaines, qui peuvent inclure des maladies respiratoires bénignes ; l'indicateur ne rend pas actuellement compte de la qualité des soins reçus, la mère tendant en général à ne pas se souvenir des particularités du traitement administré. L'autre indicateur du traitement de l'enfant qui est largement utilisé est l'utilisation de la thérapie par solution de réhydratation orale (SRO) pour soigner la diarrhée infantile, autre cause principale de mortalité infantile. L'inclusion de l'indicateur d'assainissement dans l'indice est pertinente pour la prévention de la diarrhée.
Maladies infectieuses							
1. Traitement antituberculeux	Couverture thérapeutique effective contre la tuberculose (%)	Couverture effective des services	Système administratif et enquête auprès des ménages	R, I, L, S	179	Estimations de l'OMS (37)	Cet indicateur comprend deux autres indicateurs communs - le taux de détection des cas et le taux de réussite du traitement - pour évaluer la proportion des cas de tuberculose détectés et traités avec succès. Le calcul du taux de détection des cas passe par une estimation du nombre d'incidents (y compris ceux qui ne sont pas détectés par le système de santé). Traitement - le taux de réussite du traitement est mesuré par des données administratives, et comprend tous les patients qui ont suivi le traitement jusqu'à son terme (sans échec bactériologique).
2. Traitement contre le VIH	Personnes vivant avec le VIH recevant la thérapie antirétrovirale (TAR) (%)	Couverture des services	Système administratif, enquête auprès des ménages et système de surveillance	R, I, L, S	136	Estimations d'ONUSIDA (38)	Le TAR permet de prévenir bon nombre de décès dans les pays à forte charge de VIH, et peut être un indicateur de la mesure dans laquelle un système de santé bénéficie aux populations marginalisées plus fortement touchées, dans les pays où la prévalence du virus est plus faible. Des études récentes ont commencé à mesurer la couverture effective des traitements antirétroviraux moyennant la collecte de données sur la suppression de la charge virale. Le numérateur – les sujets sous traitement antirétroviral – s'obtient en général à partir des données émanant des établissements de santé, tandis que le dénominateur est souvent estimé à partir des enquêtes sur les ménages, des sites de surveillance sentinelle et des données provenant des établissements.

Zone de référence	Indicateur de référence	Type	Sources de données primaires	Mesurabilité des principales dimensions de l'inégalité ^a	Pays disposant de données primaires depuis 2010	Source de données	Justification, insuffisances et améliorations possibles
3. Prévention du paludisme	Population à risque dormant sous moustiquaires imprégnées d'insecticide (%)	Couverture des services	Système administratif et enquête auprès des ménages	R, I, L, S	29 ^b	Estimations du projet d'Atlas du paludisme (OMS) (39) ^b	Il existe d'importants programmes de distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide dans les pays où le paludisme est endémique. Les estimations relatives à la couverture devraient tenir compte de l'hétérogénéité géographique du risque de paludisme dans l'analyse des enquêtes nationales menées auprès des ménages. La détérioration des moustiquaires peut entraîner, faute de réapprovisionnement, la diminution des taux de couverture effectifs.
4. Eau et assainissement	Ménages ayant au moins accès à des services d'assainissement de base (%)	Couverture des services	Enquête auprès des ménages	R, L	176	Estimations de l'OMS et de l'UNICEF (40)	Bien qu'il ne soit pas toujours assuré par le secteur de la santé, l'accès à l'eau potable et à des services d'assainissement bien gérés constitue une action de santé publique non négligeable. L'indicateur actuel « au moins l'assainissement de base » est généralement beaucoup plus faible que « l'accès à au moins une source d'eau de base », aussi est-il utilisé comme indicateur de référence pour cette zone. Celui-ci pourrait être remplacé par l'indicateur 6.1.1 ou 6.2.1 des ODD, une fois qu'il sera plus largement diffusé.
Maladies non transmissibles							
1. Prévention des maladies cardiovasculaires	Prévalence de la tension artérielle normale, quel que soit le stade du traitement (%) ^c	Indicateur substitutif	Enquête auprès des ménages	(I), (L), S, A	85	Estimations de NCD-RisC et de l'OMS (41)	L'hypertension est le principal facteur de risque de MCV. La prévalence de la tension artérielle normale est la somme du pourcentage de sujets qui n'ont pas d'hypertension artérielle et du pourcentage de tous ceux dont l'hypertension est contrôlée par des médicaments. L'absence d'hypertension tient, entre autres facteurs, aux initiatives de prévention visant à promouvoir l'activité physique et une alimentation saine. L'hypertension sous contrôle médicamenteux est le résultat d'un traitement efficace. Il s'agit donc d'un indicateur de remplacement pour mesurer l'efficacité de la promotion de la santé et des services médicaux. Il sera remplacé par une mesure de la couverture thérapeutique chez les sujets atteints d'hypertension, une fois que des données seront disponibles.
2. Prise en charge du diabète	Glucose plasmatique à jeun moyen (GPJ), (mmol/L) ^c	Indicateur substitutif	Enquête auprès des ménages	(I), (L), S, A	6 ^d	Estimations de l'OMS (42)	Un sujet peut avoir un faible taux de GPJ en raison d'un traitement efficace par hypoglycémifiants ou parce qu'il n'est pas diabétique grâce à des activités de promotion de la santé ou à d'autres facteurs tels que la génétique. Le taux de GPJ moyen sert donc d'indicateur pour la promotion efficace d'une alimentation saine et de comportements sains ainsi que pour le traitement efficace du diabète. Cela étant, comme les lignes directrices relatives au traitement du diabète ne recommandent pas d'abaisser la glycémie à des niveaux non diabétiques pour tous les patients, une population connaissant une forte prévalence du diabète n'aura pas forcément un faible taux de GPJ moyen. Cet indicateur sera remplacé par la proportion de sujets diabétiques traités dès que des données pourront être obtenues.

Zone de référence	Indicateur de référence	Type	Sources de données primaires	Mesurabilité des principales dimensions de l'inégalité ^a	Pays disposant de données primaires depuis 2010	Source de données	Justification, insuffisances et améliorations possibles
3. Détection et traitement du cancer	Dépistage du cancer du col de l'utérus chez les femmes de 30 à 49 ans (%)	Couverture des services	Enquête auprès des ménages	—	<30	Insuffisance des données actuellement disponibles	Les données relatives à cet indicateur sont collectées dans certaines enquêtes menées auprès des ménages, mais ne suffisent pas encore à assurer un suivi mondial. L'indicateur ne permet pas de savoir s'il existe un traitement efficace. L'indicateur de dépistage du cancer du col de l'utérus a été préféré à d'autres indicateurs de dépistage (cancer du sein ou de la prostate) en raison des lignes directrices plus claires dont on dispose pour celui-ci, et parce qu'il est le seul à figurer dans l'ensemble des indicateurs de base du cadre de surveillance globale des MNT.
4. Lutte antitabac	Adultes âgés d'au moins 15 ans non fumeurs de tabac depuis 30 jours (%) ^c	Indicateur substitutif	Enquête auprès des ménages	(R), (I), (L), S, (A)	125	Estimations de l'OMS (43)	La prévalence du tabagisme (indicateur 3.a.1 des ODD) sert d'indicateur pour l'adoption et l'application d'une série de mesures antitabac efficaces. Cet indicateur pourrait être remplacé par une mesure de la mise en œuvre efficace des politiques de lutte antitabac.
Capacité des services et accès							
1. Accès hospitalier	Lits d'hôpitaux par habitant (avec utilisation d'un seuil)	Indicateur substitutif	Données sur les établissements	(L)	158	Base de données mondiale de l'OMS (44)	Cet indicateur donne une idée de la couverture de l'ensemble des services essentiels aux patients hospitalisés. Dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire, il apporte une plus grande quantité de données que les taux d'hospitalisation, avec lesquels il est fortement corrélé ($\rho = 0,84$ dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire). Un seuil est défini pour mettre en évidence les faibles niveaux de capacité ; des valeurs très élevées ne sont pas forcément souhaitables. Les taux d'utilisation des services par les patients hospitalisés (sous réserve d'un seuil) pourront être utilisés à la place du nombre de lits d'hôpitaux à mesure que de nouvelles données seront disponibles.
2. Densité du personnel de santé	Professionnels de la santé par habitant (avec utilisation d'un seuil) : médecins, psychiatres et chirurgiens	Indicateur substitutif	Système administratif	(L)	180	Base de données mondiale de l'OMS (45)	On ne dispose pas actuellement de données comparables sur les taux d'utilisation des services ambulatoires dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire. C'est pourquoi la densité des médecins, qui fait partie de l'indicateur 3.c.1 des ODD, sert d'indicateur substitutif pour la couverture de l'ensemble des services ambulatoires essentiels qui ne sont pas pris en compte par les indicateurs de référence figurant ailleurs dans l'indice. Infirmières et sages-femmes sont actuellement exclues en raison de l'absence de données comparables entre les pays dans les bases de données mondiales. Elles seront prises en compte une fois que des données comparables pourront être obtenues. La densité des psychiatres et celle des chirurgiens donnent des indications sur la couverture de la santé mentale et la couverture des soins chirurgicaux et d'urgence, respectivement. Comme pour les lits d'hôpitaux par habitant, un seuil est utilisé afin de mettre en évidence les faibles densités des trois catégories.

Zone de référence	Indicateur de référence	Type	Sources de données primaires	Mesurabilité des principales dimensions de l'inégalité ^a	Pays disposant de données primaires depuis 2010	Source de données	Justification, insuffisances et améliorations possibles
3. Accès aux médicaments essentiels	Proportion d'établissements de santé avec l'OMS-liste principale recommandée des médicaments essentiels disponibles	Indicateur substitutif	Enquête sur les établissements	(L)	<30	Insuffisance des données actuellement disponibles	Les médicaments sont la principale intervention des services cliniques, et leur disponibilité donne des indications sur l'accès aux médicaments nécessaires. Cet indicateur sera utilisé dès que des données seront disponibles.
4. Sécurité sanitaire	Indice des principales capacités requises en vertu du Règlement sanitaire international	Indicateur substitutif	Informateur-clé	—	181	Base de données de l'OMS (46)	Étant donné que bien des risques sanitaires sont rares, il convient de suivre la mise en œuvre des mesures de préparation en vue de bien rendre compte de la sécurité sanitaire dans le cadre de la CSU. Cet indicateur des ODD – 3.d.1 – fait fond sur les rapports relatifs aux informateurs-clés présentés à l'OMS, mais pourrait à l'avenir reposer sur des évaluations externes conjointes. Il mesure la capacité des pays en matière d'alerte rapide, de réduction des risques et de gestion des risques sanitaires nationaux et mondiaux, et donne une idée de l'efficacité de ces capacités.

TAR : traitement antirétroviral ; MCV : maladie cardiovasculaire ; VIH : virus de l'immunodéficience humaine ; MNT : maladie non transmissible ; ODD : objectif de développement durable ; CSU : couverture sanitaire universelle ou couverture-santé universelle ; ONUSIDA : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida ; UNPD : Division de la population (Nations Unies) ; UNICEF : Fonds des Nations Unies pour l'enfance ; OMS : Organisation mondiale de la Santé.

^a R = quintile de richesse du ménage ; I = niveau d'instruction ; L = lieu de résidence (généralement urbain ou rural) ; S = sexe ; et A = âge. Les lettres entre parenthèses indiquent qu'il existe des sources de données permettant d'estimer la couverture selon la dimension indiquée, mais que des travaux analytiques supplémentaires sont nécessaires pour procéder à des estimations désagrégées.

^b Ne concerne que les pays où le paludisme est très endémique.

^c Taux comparatifs par âge.

^d Les données disponibles pour 178 pays sont tirées de l'analyse de 2011 qui a servi à calculer l'indice (41). Bien qu'elle repose essentiellement sur des données plus anciennes, cette analyse procède aussi d'une source de données recueillies en 2010. Au cours de la consultation nationale, cinq pays ont soumis des données récentes sur le GPJ moyen. Les estimations du GPJ moyen n'ont pas été mises à jour car l'objectif est de tendre vers un véritable indicateur de couverture comme expliqué ci-dessus. En collaboration avec NCD-RisC, il a récemment été estimé que des données d'enquêtes nationales ou infranationales récentes (depuis 2010) sur les ménages, y compris une mesure du diabète, sont désormais disponibles pour 87 pays ou territoires.

Calcul de l'indice

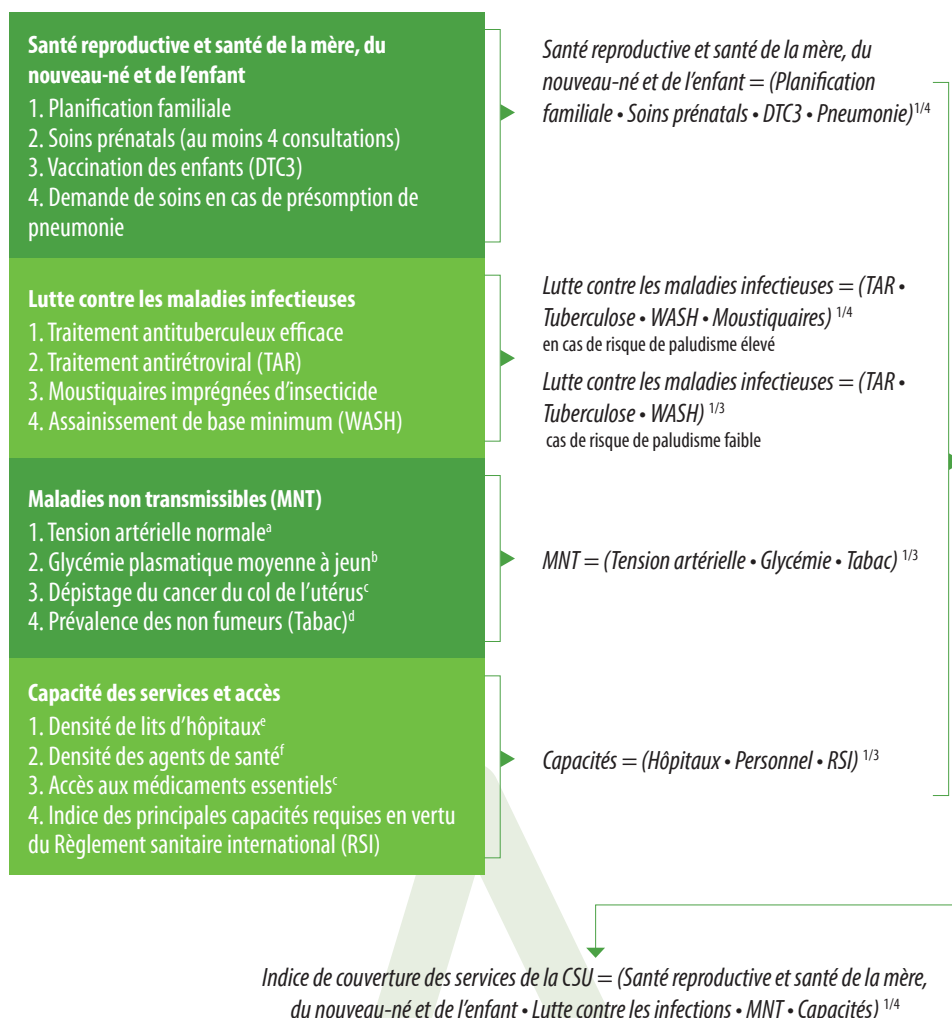
Les indicateurs de la couverture du dépistage du cancer du col de l'utérus et de l'accès aux médicaments essentiels sont actuellement exclus des calculs de l'indice en raison de l'insuffisance des données. La couverture des services est habituellement mesurée sur une échelle de 0 % à 100 %, 100 % étant la cible, et l'indice de couverture des services de la CSU est donc présenté sur une échelle de 0 à 100. La plupart des indicateurs de référence peuvent être incorporés directement dans l'indice à leur échelle naturelle, par exemple le pourcentage de sujets vivant avec le VIH qui reçoivent un traitement antirétroviral. Toutefois, certains cas ont nécessité, à titre exceptionnel, une manipulation plus poussée des données (Figure 1.1). L'indice est construit sur la base de moyennes géométriques des indicateurs de référence ; dans un premier temps, ces moyennes géométriques sont appliquées à chacune des quatre catégories puis aux

quatre moyennes dans leur ensemble afin d'obtenir l'indice synthétique final (Figure 1.1). Les moyennes géométriques sont préférées aux moyennes arithmétiques parce qu'elles égalisent mieux la couverture des services.

Sources de données

Les sources de données primaires courantes utilisées pour les indicateurs de la couverture des services comprennent les enquêtes, les données sur les installations et d'autres données administratives (tableau 1.1). Les enquêtes menées auprès de la population, représentatives à l'échelle nationale, constituent souvent la meilleure source d'information, car elles permettent de recenser tous ceux qui ont besoin d'une intervention, de dénombrer ceux qui en sont déjà bénéficiaires, et de ventiler la couverture des services par sous-groupes de population aux fins d'analyse de l'équité. L'utilisation de

Figure 1.1. Calcul de l'indice de couverture des services de la CSU



RSI : Règlement sanitaire international ; MNT : maladies non transmissibles ; CSU : couverture sanitaire universelle.

^a Le pourcentage de la population adulte ayant une tension artérielle normale se fonde sur des estimations normalisées selon l'âge. Pour affiner l'indice, ces valeurs sont ajustées en fonction des minima observés dans les différents pays selon la formule suivante : $(X-50)/(100-50)*100$, où X représente la prévalence de la tension artérielle normale.

^b La glycémie moyenne à jeun ne se mesure pas sur une échelle bornée de 0 à 100 %. Si l'hyperglycémie est mauvaise pour la santé, une très faible glycémie à jeun n'apporte en principe aucun bienfait supplémentaire pour la santé et peut même être nuisible. Pour représenter cette fourchette en fournissant une gamme bien répartie de valeurs d'indicateurs comprises entre 0 et 100 après ajustement dans les différents pays, les estimations nationales de la glycémie moyenne à jeun ont été ajustées en fixant un seuil de 5,1 mmol/L (qui correspond au point médian du risque théorique minimum) et un plafond de 7,1 mmol/L (équivalent au maximum des moyennes nationales). L'indicateur ajusté pour la glycémie moyenne à jeun se calcule avec la formule $(7,1-X)/(7,1-5,1)$, où X représente la glycémie moyenne à jeun.

^c Le dépistage du cancer du col de l'utérus et l'accès aux médicaments essentiels sont exclus en raison de la faible disponibilité des données.

^d Comme pour le point a, la prévalence des non fumeurs s'appuie sur des estimations normalisées selon l'âge qui sont ajustées pour affiner l'indice sur une base minimale de 50 %. On emploie la formule suivante : $(X-50)/(100-50)*100$, où X représente la prévalence des non fumeurs.

^e La densité des lits d'hôpitaux a été ajustée et plafonnée sur la base d'un seuil de 18 lits pour 10 000 habitants, en tenant compte des taux minimaux observés dans les pays à revenu élevé de l'OCDE. Les valeurs inférieures à 18 lits pour 10 000 habitants ont été ajustées selon la formule $X/18*100$, où X représente les lits d'hôpitaux pour 10 000 habitants et les valeurs supérieures à 18 lits pour 10 000 habitants correspondent à 100.

^f Comme pour e, la densité des travailleurs de santé est ajustée et plafonnée en fonction de valeurs seuils différentes selon la catégorie professionnelle : 0,9 pour 1000 habitants pour les médecins, 1 pour 100 000 habitants pour les psychiatres, et 14 pour 100 000 habitants pour les chirurgiens. Après avoir ajusté ces valeurs (par exemple, minimum $(100, X/\text{seuil}*100)$, où X représente la densité de la catégorie professionnelle concernée), elles sont agrégées en une variable composite de densité des travailleurs de santé qui sera prise en compte dans le calcul de l'indice susmentionné, selon la formule (médecins*psychiatres*chirurgiens).^{1/3}

données provenant des établissements ou d'autres sources administratives revêt un caractère problématique dans la mesure où le nombre de ceux qui reçoivent un service (le numérateur) peut y être inclus mais non celui de tous ceux à qui il serait nécessaire (le dénominateur) et où, hormis l'emplacement géographique, les variables pertinentes pour les analyses d'équité font habituellement défaut. L'incitation à élaborer des rapports peut également fausser les résultats obtenus. Cependant, les sources de données administratives présentent l'avantage d'être généralement déclarées chaque année via des systèmes de routine et partant, de fournir des données plus à jour que les enquêtes sur les ménages, qui sont généralement réalisées tous les trois à cinq ans.

Les organismes des Nations Unies consentent d'importants efforts de mesure et d'établissement de rapports pour bon nombre des indicateurs de référence sélectionnés, qui, le cas échéant, contribuent à l'établissement de rapports sur les ODD. La priorité a, par conséquent, été accordée aux estimations officielles de l'ONU pour l'année 2015 afin de calculer les valeurs de référence des ODD pour l'indice de couverture. On notera toutefois qu'aucun pays ne rapporte de valeurs pour tous les indicateurs de référence chaque année. Le simple fait d'exclure un indicateur et, partant, de ne pas disposer de données pour calculer l'indice crée une distorsion prévisible puisque certains services tendent à être mieux couverts que d'autres. Une solution peut consister à utiliser une forme d'imputation pour combler ces lacunes. La plupart des estimations de l'ONU sur les indicateurs de référence sont réalisées au moyen de modèles statistiques ou mathématiques qui permettent de combiner différentes

sources d'information et de remédier à l'insuffisance de données en vue de produire des valeurs annuelles pour chaque pays. Dans les cas où les estimations de l'ONU faisaient défaut, on a calculé l'indice en utilisant la valeur la plus récente, de 2000 à 2015, pour les indicateurs de chaque pays. Dans les cas où la valeur pour un pays n'était pas disponible pour cette période, on a suppléé en calculant la médiane régionale pour les pays disposant de données. On trouvera plus de détails à l'annexe 2.

Premiers résultats de l'indicateur 3.8.1 des ODD

La disponibilité des données sur les indicateurs de référence varie d'un pays à l'autre, mais est assez semblable d'une région à l'autre (figure 1.2) et généralement élevée, les pays disposant en moyenne de données primaires récentes pour 72 % des indicateurs de référence. Ce chiffre ne représente que les données primaires et non les estimations calculées pour combler les lacunes.

Les valeurs actuelles de l'indice de couverture des services de la CSU varient de 22 à 86 dans 183 pays, avec une valeur médiane de 65 (figure 1.3). L'indice de couverture des services est fortement corrélé avec d'autres mesures de la santé et du développement, par exemple, les taux de mortalité des moins de 5 ans ($\rho = -0,86$), l'espérance de vie ($\rho = 0,88$) et l'indice de développement humain ($\rho = 0,91$), et modérément corrélé avec le revenu national brut (RNB) par habitant ($\rho = 0,65$). Les pays à revenu élevé tendent à avoir

Figure 1.2. Pourcentage d'indicateurs de référence disposant de sources de données primaires par pays depuis 2010

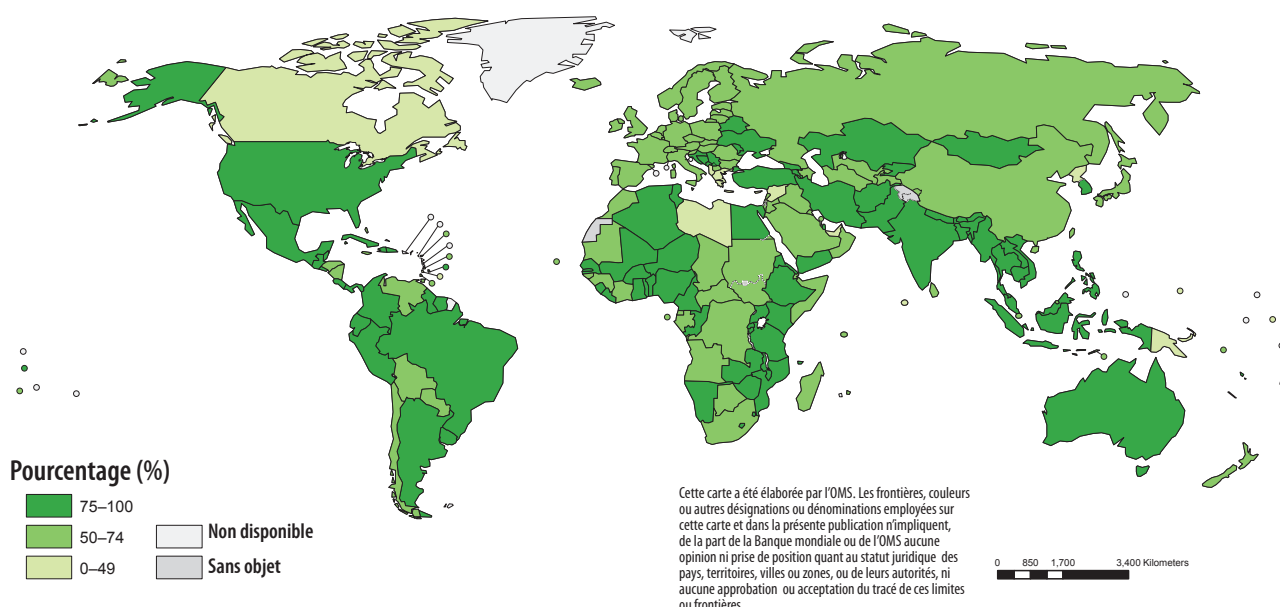
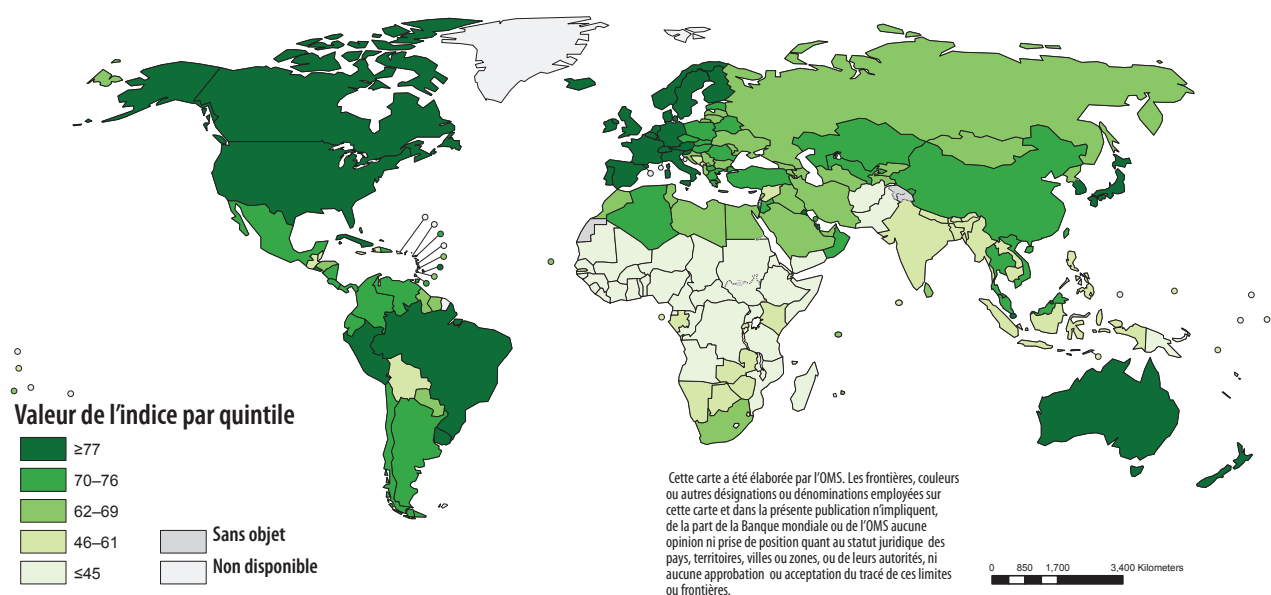


Figure 1.3. Indice de la couverture des services de la CSU par pays (2015) : indicateur 3.8.1 des ODD



ODD : objectifs de développement durable ; CSU : couverture sanitaire universelle ou couverture-santé universelle.

de fortes valeurs sur l'indice, les valeurs les plus faibles étant observées dans les pays à faible revenu et dans certains pays touchés par un conflit (voir l'annexe 2 pour les valeurs par pays de l'indice de couverture des services de la CSU et des indicateurs de référence).

L'indice de couverture des services de la CSU permet de mieux prédire l'espérance de vie que le RNB et demeure fiable après la prise en compte du RNB et le nombre moyen d'années d'éducation des adultes. Par exemple, une régression de l'espérance de vie nationale sur l'indice de couverture des services, le logarithme du RNB par habitant et les années moyennes d'éducation des adultes, indique que le passage de 0 à 100 sur l'indice est associé à une augmentation de 32 ans (intervalle de confiance de 95 %, IC : 25-39 ans) de l'espérance de vie. Dans la fourchette des valeurs observées par pays (22 à 86), cela se traduit par une différence de 21 ans d'espérance de vie.

L'indice de couverture des services est construit sur la base de sous-indices représentant les quatre catégories suivantes : santé reproductive et santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant ; maladies infectieuses ; maladies non transmissibles ; capacité et accès aux services. Le tableau 1.2 présente ces sous-indices, ainsi que l'indice global de couverture des services, dans les régions modifiées en fonction des ODD et pondérées par l'effectif de population. L'indice de couverture

des services dans le cadre de la CSU est plus élevé en Europe et en Amérique du Nord (77) et dans la région de l'Asie de l'Est (77), tandis que l'Afrique subsaharienne (42) et l'Asie du Sud (53) ont les valeurs moyennes les plus faibles. Le gradient le plus marqué d'une région à l'autre est celui du sous-indice de capacité de service et d'accès ; la valeur moyenne pour l'Afrique subsaharienne n'est que de 27 contre 99 en Asie de l'Est. Le sous-indice relatif aux MNT est assez uniformément réparti entre les régions et moins corrélé avec les autres catégories. Cela s'explique en grande partie par le fait que le tabagisme est faible dans certaines régions dotées de systèmes de santé plus précaires, comme en Afrique subsaharienne et en Asie du Sud, et élevé en Europe.

De légères différences dans les classements par pays ne sont pas significatives, car de nombreuses valeurs nationales sont proches les unes des autres et l'incertitude demeure quant à la mesure des indicateurs de référence - en particulier pour les pays où les données sont insuffisantes (1.2), et aux méthodes utilisées pour calculer l'indice (9). Actuellement, l'indice ne fait pas de réelle distinction entre les pays ayant le plus haut niveau de couverture des services. Par conséquent, les valeurs de l'indice des pays de 80 et plus sont déclarées comme « supérieures ou égales à 80 » à des fins de présentation et pour éviter les comparaisons qui ne sont pas significatives (voir l'annexe 1 pour les valeurs des pays). Cela ne devrait pas être interprété comme une cible.

Tableau 1.2. Moyennes régionales (pondérées en fonction de la population) pour l'indice de couverture des services de la CSU et ses quatre sous-indices constitutifs

Zone	Indice de couverture des services de la CSU	Santé reproductive et santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant	Maladies infectieuses	MNT	Capacités des services et accès
Monde	64	75	54	63	71
Afrique	46	55	40	67	37
Afrique du Nord	64	73	50	62	77
Afrique subsaharienne	42	51	37	69	27
Asie	64	75	51	63	71
Asie de l'Est	77	86	64	64	99
Asie du Sud	53	66	41	64	47
Asie du Sud-Est	59	78	45	59	63
Asie centrale	70	81	56	58	93
Asie occidentale	65	69	59	57	79
Europe et Amérique du Nord	77	88	73	58	96
Amérique latine et Caraïbes	75	81	65	68	88
Océanie	74	83	71	62	84

MNT : maladies non transmissibles ; CSU : couverture sanitaire universelle ou couverture-santé universelle.

Lacunes de la couverture des services de santé

Pour rendre compte de l'ampleur de la tâche à accomplir en vue d'accroître la couverture des services de santé de façon à améliorer les résultats sanitaires et à atteindre les ODD liés à la santé, sans doute aucune autre statistique n'est-elle plus recherchée que le nombre de ceux qui bénéficient d'une couverture des services de santé essentiels. Ces chiffres sont difficiles à calculer avec précision (encadré 1.3) et peuvent être complétés en tenant compte des lacunes que présentent certains services de santé essentiels.

On en trouve une illustration à la figure 1.4, qui indique le nombre de sujets ayant des besoins non satisfaits pour chacun de neuf des indicateurs de référence de l'indice de couverture des services de la CSU, mesurés sur une échelle de pourcentage et donnant des estimations en la matière au niveau mondial. Parmi les indicateurs individuels sélectionnés, les besoins non satisfaits varient de 2,3 milliards pour au moins les services d'assainissement de base des

ménages à 5 millions pour un traitement efficace de la tuberculose. S'il ne rend pas compte de tous les besoins non satisfaits, cet ensemble de neuf indicateurs permet au moins de démontrer que la couverture des services continue de présenter de grosses lacunes.

Tendances temporelles de la couverture des services

Les tendances nationales et mondiales sont disponibles pour les neuf mêmes indicateurs de référence de l'indice de couverture des services de la CSU, qui sont mesurés sur une échelle de pourcentage et qui ont déjà fait l'objet d'une analyse (voir « Lacunes de la couverture des services de santé » et figure 1.5). La couverture moyenne de ces indicateurs a augmenté de 1,3 % par an, ce qui représente une hausse relative d'environ 20 % entre 2000 et 2015.

Les plus fortes hausses relatives sont observées dans les indicateurs des services de lutte contre le VIH, la

Encadré 1.3. Combien de personnes bénéficient-elles des services de santé essentiels?

Il est difficile de répondre entièrement à cette question parce qu'il n'existe pas d'ensemble de données qui contienne des informations sur tous les besoins en matière de services de santé et sur la question de savoir s'ils sont satisfaits. Selon le premier Rapport mondial de suivi de la CSU, plus de 400 millions de personnes, en 2013, ne recevaient pas même un des sept services de santé essentiels dont elles avaient besoin. Il s'agissait des domaines prioritaires des objectifs du Millénaire pour le développement, soit la planification familiale, les soins prénatals, les accouchements assistés par du personnel de santé qualifié, la vaccination DTC3, le traitement du VIH, le traitement de la tuberculose et l'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide chez les enfants. Ce calcul n'englobait pas le vaste ensemble de services de santé essentiels que tout un chacun devrait recevoir. On trouvera dans le présent document, une estimation du nombre d'individus qui bénéficient de la gamme large et représentative de services de santé qu'ils devraient être à même de recevoir dans n'importe quel pays.

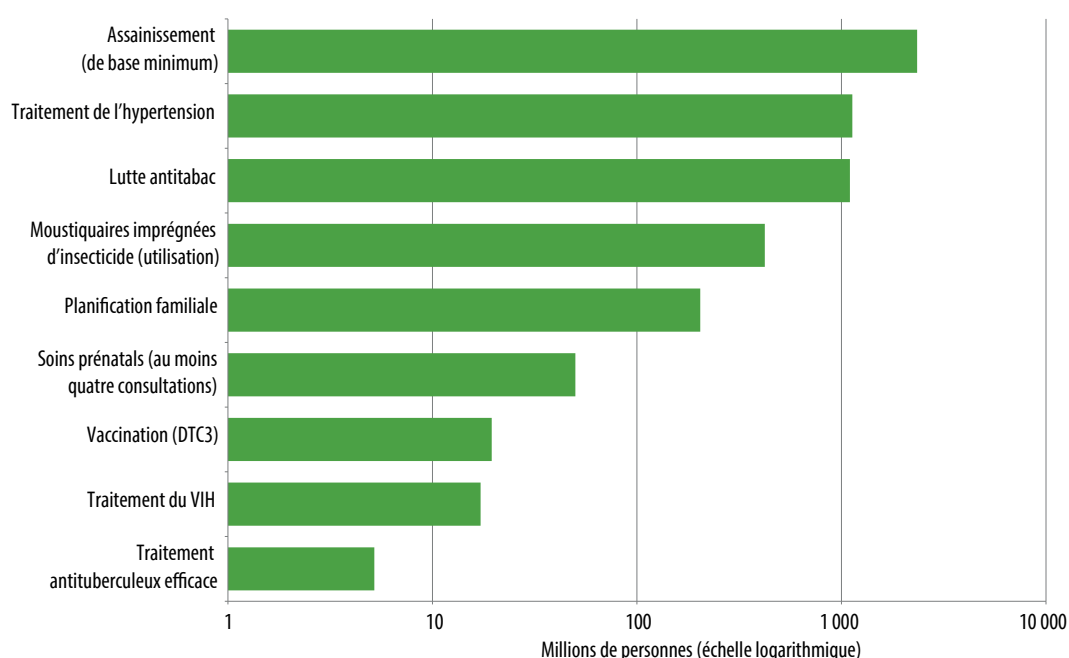
Un algorithme simple est utilisé pour estimer le nombre de personnes qui bénéficient d'une couverture complète des services de santé essentiels.^a Premièrement, des indicateurs de référence, reposant sur ceux qui figurent dans l'indice de couverture des services de la CSU, sont sélectionnés. Ils servent à suivre - sans le définir - un ensemble complet de services de santé essentiels, couvrant tous les domaines de la santé (santé reproductive, maladies non transmissibles, etc.) et les plateformes de couverture de services (services communautaires, soins primaires, services spécialisés, etc.). Deuxièmement, la couverture moyenne de ces indicateurs de référence est calculée pour chaque pays. Ce nombre indique la probabilité moyenne qu'a un individu de recevoir un service de santé essentiel dont il a besoin. Il ne représente pas le pourcentage de ceux qui bénéficient de tous les services nécessaires, car tel ou tel sujet peut en recevoir seulement une partie.

L'analyse de la prise en charge conjointe des services de base dans les couples mère-enfant (voir la section suivante sur les inégalités que présente la couverture des services de santé de la mère et de l'enfant) offre toutefois un moyen d'évaluer le rapport entre la couverture moyenne des services et la proportion de ceux qui bénéficient d'une couverture complète des services de santé essentiels. Une équation de régression ajustée à ces données est utilisée pour convertir la couverture moyenne des services essentiels dans chaque pays à la proportion de la population dont on prévoit qu'elle bénéficiera d'une couverture complète des services essentiels. Afin de fixer un objectif réaliste à cet égard, on a retenu sur le plan opérationnel le pourcentage des couples mère-enfant qui bénéficient de six au moins des sept services de base.

Une grande incertitude entoure cette approche. D'après un ensemble d'analyses de sensibilité plausibles,^a le nombre de ceux qui bénéficient d'une couverture complète des services essentiels est passé de 2,3 à 3,5 milliards en 2015, ce qui signifie que sur 7,3 milliards d'habitants que compte la planète, au moins la moitié ne reçoit pas les services de santé essentiels dont elle a besoin.

^a Pour des détails d'ordre méthodologique, veuillez consulter la note technique en ligne (en anglais) : http://www.who.int/healthinfo/universal_health_coverage/report/2017/en

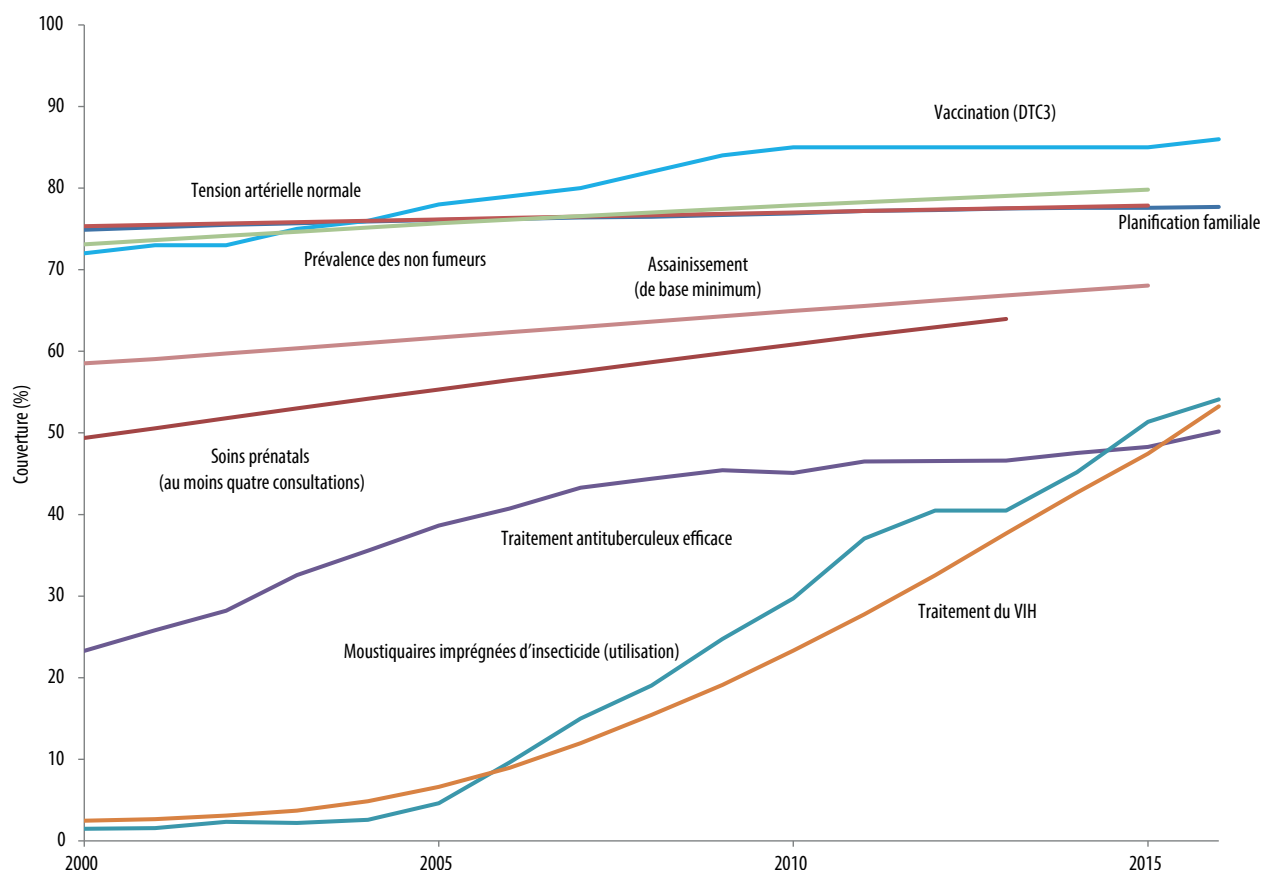
Figure 1.4. Nombre de personnes qui ne reçoivent pas les services de santé essentiels dont elles ont besoin^a



DTC3 : troisième dose du vaccin antidiphtérique, antitétanique et anticoquelucheux ; VIH : virus de l'immunodéficience humaine.

^a Estimations de 2016 : traitement antituberculeux efficace, traitement du VIH, vaccination (DTC3), planification familiale, moustiquaires imprégnées d'insecticide (utilisation) ; estimations de 2015 : lutte antitabac, traitement de l'hypertension, assainissement (de base minimum) ; estimations de 2013 : soins prénatals (au moins quatre consultations).

Figure 1.5. Tendances de la couverture mondiale de certains indicateurs de référence relatifs aux services de santé (2000-2016)



DTC3 : troisième dose du vaccin antidiphtérique, antitétanique et antioquelucheux ; VIH : virus de l'immunodéficience humaine.

tuberculose et le paludisme, témoignant sans doute des priorités d'allocation des ressources qui ont dominé la santé publique mondiale ces dernières années. Pour ce qui est de la couverture vaccinale du DTC3, les progrès accomplis entre 2000 et 2010 ont ralenti ces dernières années. La légère amélioration, dont rendent compte les indicateurs de la tension artérielle normale à l'échelle mondiale, masque néanmoins diverses tendances sous-jacentes à l'échelle régionale. Les pays à revenu élevé ont connu des améliorations non négligeables en ce qui concerne la prévalence de la tension artérielle normale, tandis que celle-ci est restée stable, ou s'est détériorée, en Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est, en Océanie (à l'exclusion de l'Australie et de la Nouvelle-Zélande) et en Afrique subsaharienne (41).

Inégalités dans les services de santé de la mère et de l'enfant dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire de la tranche inférieure

Des données complètes permettraient de procéder à des calculs et à des comparaisons de l'indice de couverture

des services de la CSU au regard de différentes dimensions de l'inégalité (niveaux de richesse et d'éducation, régions géographiques d'un pays, âge, sexe, etc.). Mais pour l'heure, faute de données suffisantes, cette démarche ne peut s'appliquer à tous les indicateurs de référence; il est néanmoins possible d'utiliser un sous-ensemble d'indicateurs pour illustrer les écarts d'inégalités entre pays (9). Les informations les plus facilement disponibles sur les inégalités que présente la couverture des services de santé portent sur les indicateurs de la santé reproductive et de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, mesurés dans le cadre d'enquêtes auprès des ménages. Comme ces indicateurs sont mesurés au niveau individuel dans le cadre d'une seule enquête, il est possible d'évaluer la part des services dont chacun a besoin. Cette méthode est souvent appelée « co-couverture » (47).

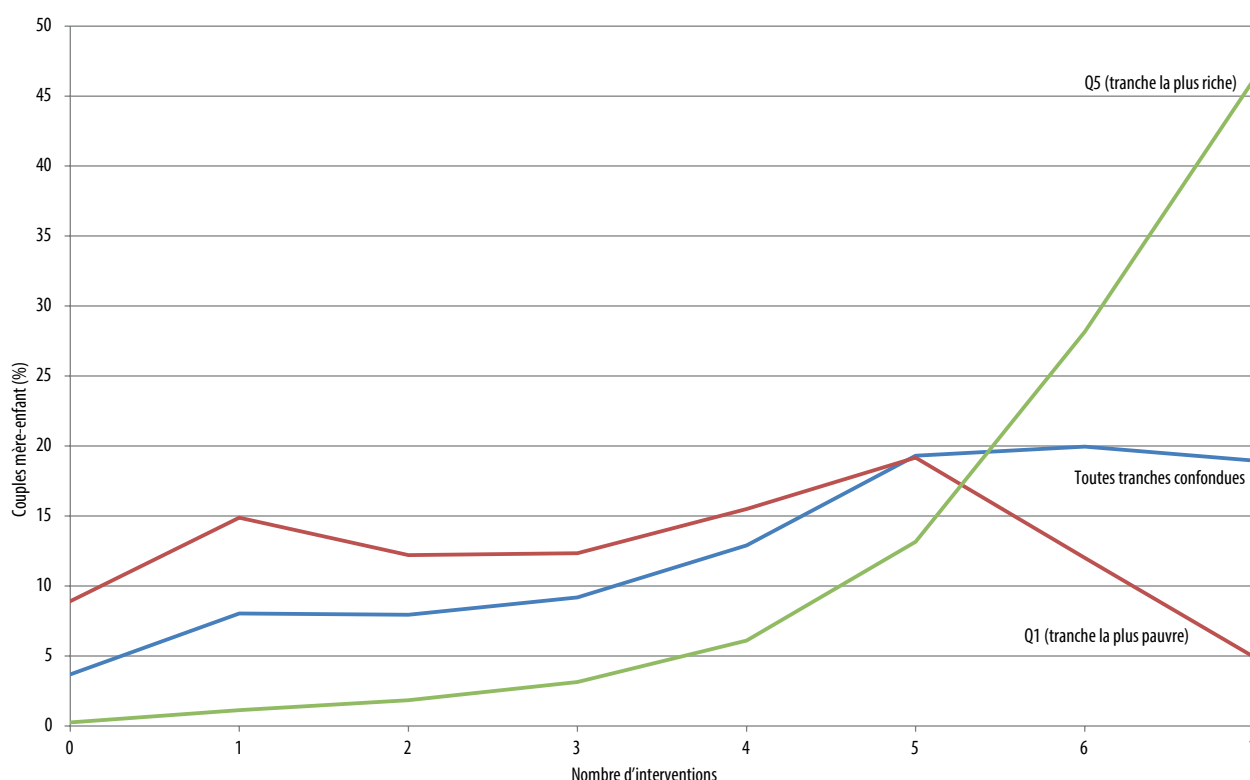
Pour évaluer les niveaux et les tendances des inégalités mis en évidence par les indicateurs de couverture des services de santé de la mère et de l'enfant, on a examiné la « co-couverture » de sept services de santé de base, pour lesquels des données ont été recueillies au moyen d'enquêtes démographiques et sanitaires menées dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire de la tranche inférieure. Les sept services

étaient les suivants : quatre consultations prénatales ou plus (CPN) ; au moins une vaccination contre le tétanos pendant la grossesse ; une assistance qualifiée à l'accouchement ; la vaccination contre le Bacille de Calmette et Guérin ; la troisième dose d'un vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche ; la vaccination contre la rougeole ; l'accès des ménages à une eau potable de meilleure qualité. Les sept indicateurs ont été calculés pour les enfants de 12 à 59 mois, au moyen des informations disponibles sur la grossesse la plus récente de leur mère, le cas échéant (par exemple dans le cadre des CPN). Cette analyse indique la proportion et le nombre des services de base reçus par chaque couple mère-enfant, et peut être présentée sous une forme condensée axée sur les principales dimensions de l'inégalité.

Dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire de la tranche inférieure, de grosses lacunes persistent dans les services de santé de la mère et de l'enfant et ne sont pas uniformément réparties entre les groupes de population (figure 1.6 et figure 1.7).¹ Alors que 39 % des couples mère-

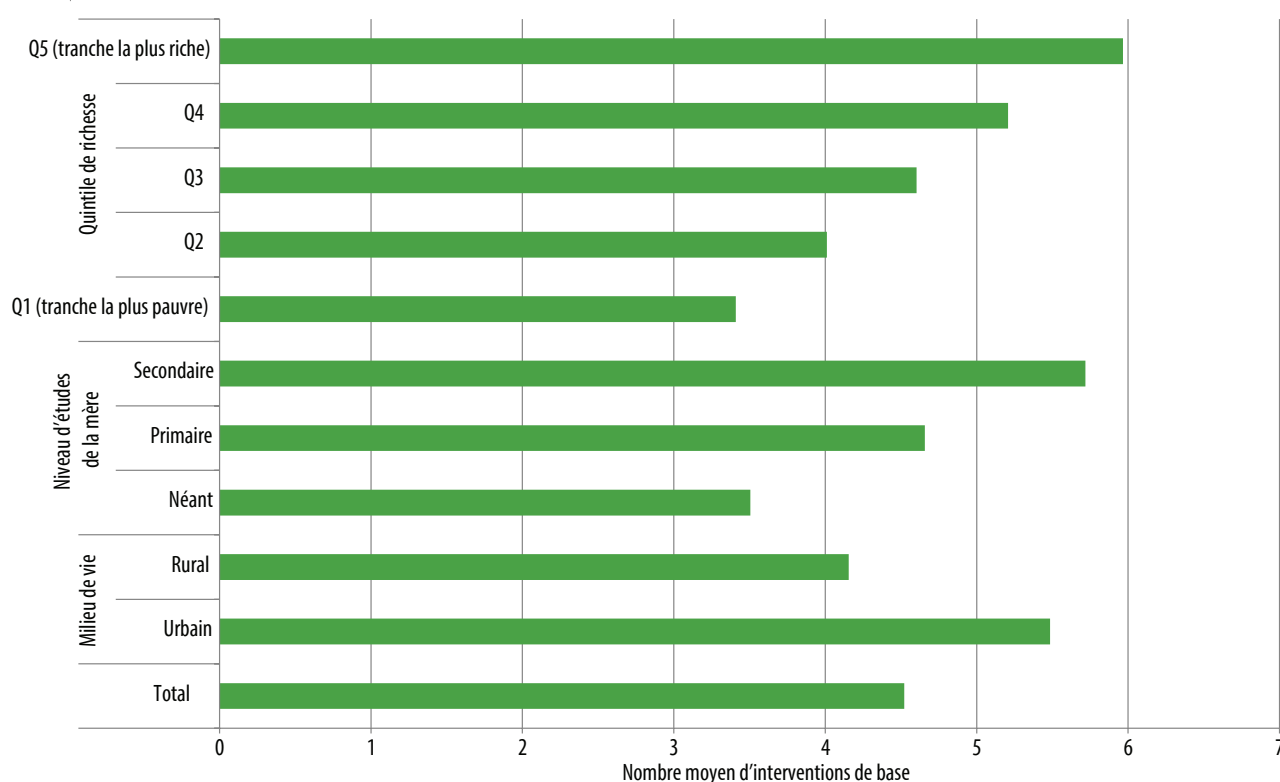
enfant de ces pays ont bénéficié de six au moins des sept interventions de base, 4 % des couples mère-enfant n'en ont reçu aucune. La stratification des données par quintile de richesse fait ressortir de profondes inégalités : dans l'ensemble, seulement 17 % des ménages du quintile de richesse le plus pauvre de leur pays ont bénéficié d'au moins six interventions de base, contre 74 % du quintile le plus riche. Ceux qui appartenaient au quintile de richesse le plus pauvre dans chaque pays étaient les plus susceptibles de ne pas recevoir d'interventions de base, 9 % d'entre eux n'en recevant aucune. Le nombre moyen d'interventions reçues allait de trois dans le quintile de richesse le plus pauvre à six dans les plus riches, avec une moyenne globale de cinq sur sept. Les couples mère-enfant vivant dans les campagnes avaient une couverture plus faible que ceux qui habitaient dans les villes.

Figure 1.6. Nombre d'interventions de base dont ont bénéficié les couples mère-enfant des pays à faible revenu et à revenu intermédiaire de la tranche inférieure sur un total de sept (2005-2015)



¹ Dans ce paragraphe et dans les figures 1.6 et 1.7, toutes les analyses ont été réalisées à partir de l'enquête la plus récente menée dans chaque pays au cours de la période 2005-2015. Des données étaient disponibles pour 48 pays, couvrant 90 % des naissances vivantes en 2010 dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire de la tranche inférieure ; l'année médiane de l'enquête était 2012. Afin d'établir des estimations pour tous les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire de la tranche inférieure, les données nationales ont été pondérées par le nombre de naissances vivantes en 2010.

Figure 1.7. Nombre moyen d'interventions de base dont ont bénéficié les couples mère-enfant des pays à faible revenu et à revenu intermédiaire de la tranche inférieure, sur un total de sept, toutes conditions confondues et en fonction des inégalités (2005-2015)

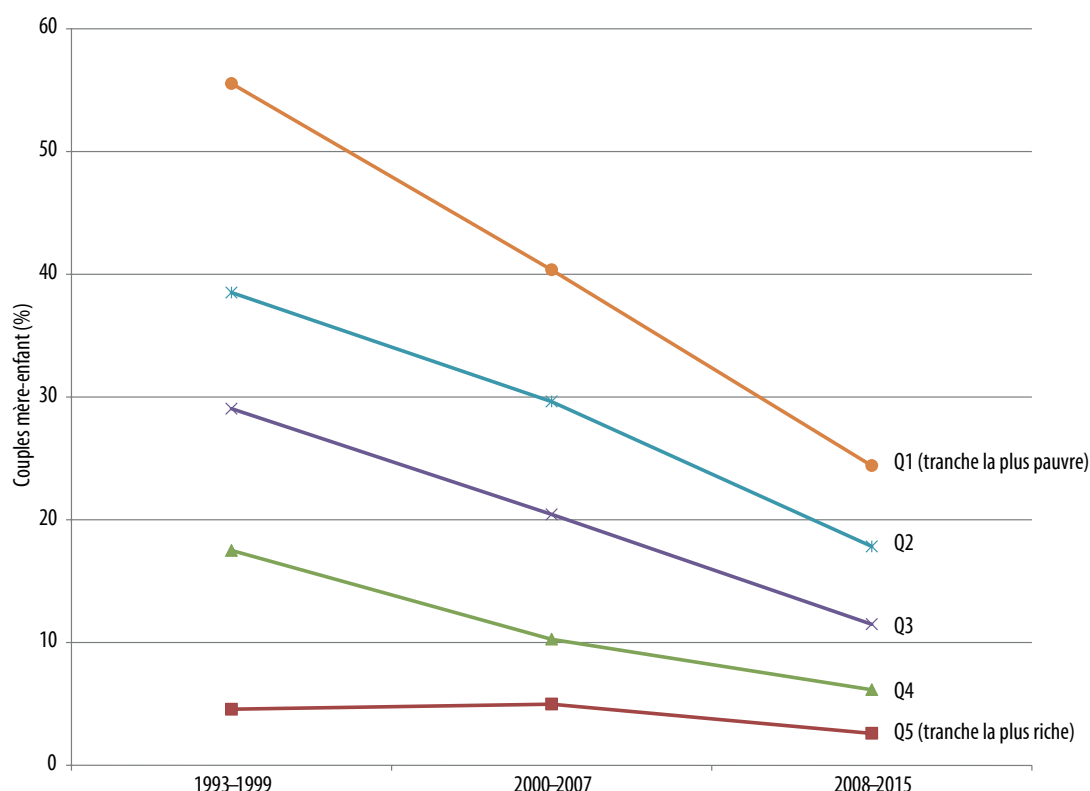


Tendances au fil du temps des inégalités dans la couverture des services de santé de la mère et de l'enfant

À moins que les interventions en matière de santé ne visent à promouvoir l'équité, les efforts consentis pour instaurer la CSU peuvent avoir pour effet involontaire d'apporter des avantages précoces et accélérés à la partie la plus favorisée de la société, et de laisser pour compte les plus défavorisés. Ainsi, la moyenne nationale de la couverture des services peut s'améliorer, mais les inégalités peuvent s'aggraver en même temps (48). Afin d'évaluer les tendances temporelles des inégalités de couverture de services dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire de la tranche inférieure, les données d'enquête ont été subdivisées en trois périodes : 1993-1999, 2000-2007 et 2008-2015. On disposait de données provenant de 23 de ces pays pour les trois périodes, soit environ 38 % des naissances vivantes dans ces régions ; c'est pourquoi les statistiques synthétiques ne devraient pas être considérées comme représentatives.

Compte tenu des écarts importants dans la couverture, le pourcentage médian des couples mère-enfant ayant reçu trois services de santé de base ou moins a diminué entre 1993-1999 et 2008-2015 pour l'ensemble des quintiles de richesse dans 23 pays à faible revenu et à revenu intermédiaire de la tranche inférieure disposant de données (figure 1.8). Les réductions absolues étaient plus importantes dans les quintiles de richesse les plus pauvres et, par conséquent, les inégalités absolues dans les services de santé non pris en compte ont été réduites au cours de cette période. Le pourcentage médian des couples mère-enfant ne recevant pas plus de trois services de base a diminué de 25 points de pourcentage parmi les quintiles de richesse les plus pauvres, passant de 56 % à 24 % au cours de la période considérée. Toutefois, les couples mère-enfant du quintile de richesse le plus pauvre étaient encore beaucoup plus susceptibles de connaître un écart important dans la couverture des services que les couples mère-enfant du quintile le plus riche : la proportion médiane des couples mère-enfant ne recevant pas plus de trois interventions de base n'était que de 3 % dans le quintile le plus riche. Cela montre combien il importe de structurer les services de santé afin que personne ne soit laissé pour compte.

Figure 1.8. Pourcentage de couples mère-enfant bénéficiant de trois des sept services de santé de base au maximum, par quintile de richesse établi au niveau national^a



^a Valeur médiane issue d'enquêtes nationales menées dans 23 pays à faible revenu et à revenu intermédiaire de la tranche inférieure pour chaque période examinée.

Prochaines étapes pour l'établissement d'un indice des services de santé essentiels

Pour la première fois, un indice des services de santé essentiels qui soit cohérent avec la définition de l'indicateur 3.8.1 des ODD a été appliqué sur le plan opérationnel (9). Il faut souligner que les indicateurs de référence sélectionnés constituent un sous-ensemble d'indicateurs mesurables et non un ensemble de services recommandé. Les cadres de suivi de la CSU aux niveaux mondial, régional et national devraient demeurer un moyen de définir des indicateurs pertinents de la couverture des services et d'en rendre compte (encadré 1.4). Ces efforts pourraient offrir l'occasion d'adapter l'indice ou de broser un tableau plus complet en faisant le point des indicateurs individuels. L'intérêt que présente la collecte des éléments d'information nécessaires pour suivre la CSU doit être pesé au regard des coûts qu'elle implique. Rationaliser les enquêtes sur la santé des ménages de manière qu'elles couvrent un large éventail de domaines peut s'avérer plus efficace que de mener des enquêtes distinctes sur des sujets précis. Il est au demeurant plus facile de définir les tendances temporelles et de désagréger un vaste ensemble d'indicateurs de couverture des services dans le cadre d'une analyse de l'équité (encadré 1.5).

L'indice actuel de couverture des services de la CSU présente plusieurs inconvénients, dont certains ne peuvent pas actuellement être palliés faute de données. On trouvera au tableau 1.1 certains changements attendus, tels que la mise en concordance des indicateurs avec ceux des ODD au fur et à mesure qu'ils deviennent disponibles. Les autres travaux à venir comprendront probablement les activités suivantes :

- Remplacer les indicateurs substitutifs par la couverture des services liés aux MNT. L'élaboration des bases de données mondiales sur la couverture du traitement de l'hypertension et du diabète devrait s'achever en 2018, ce qui permettrait de les substituer aux indicateurs de remplacement actuels.
- Étudier la possibilité d'exploiter les taux d'utilisation des services par les patients hospitalisés et externes pour mesurer la capacité, l'accès et le recours aux services.
- Rendre ces indicateurs plus pertinents pour les pays à revenu élevé. Bon nombre d'entre eux sont couverts à près de 100 % pour les indicateurs de référence se rapportant à la santé reproductive et à la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, ainsi qu'à la catégorie « capacités des

Encadré 1.4. Adaptation de l'indice de couverture des services de la CSU dans la Région OMS du Pacifique occidental

Le Bureau régional OMS du Pacifique occidental (WPRO) a élaboré un cadre de suivi des progrès accomplis sur la voie de la réalisation des ODD et de la CSU (49-50). Celui-ci comprend 88 indicateurs répartis en trois groupes : 27 d'entre eux relèvent de l'ODD 3 (Santé), 20 d'autres ODD et 41 donnent des indications sur les progrès accomplis dans la mise en place de la CSU. Les critères suivants ont été utilisés pour établir une liste d'indicateurs adaptés à l'objectif visé.

1. Mettre l'accent sur les questions et les indicateurs de santé communs à l'ensemble de la Région du Pacifique occidental afin de permettre des comparaisons entre les pays et au sein de chacun d'entre eux, l'apprentissage mutuel et l'échange de données d'expérience.
2. Aligner autant que possible les indicateurs régionaux sur les cadres de collecte établis au niveau mondial, afin de stimuler l'échange d'information et de données entre les États Membres de la Région.
3. Veiller à ce que les indicateurs ne servent pas seulement à suivre les progrès accomplis dans la réalisation des ODD et de la CSU, mais aussi à évaluer ces résultats et à soutenir l'élaboration de politiques et de programmes à plusieurs niveaux (national, infranational et local) et pour le bénéfice de différents groupes de population.
4. Faire en sorte, dans toute la mesure possible, que l'information permettant de suivre les progrès accomplis dans la réalisation des ODD et de la CSU soit ventilée par sexe, âge, statut socioéconomique, niveau d'instruction, origine ethnique et lieu de résidence.
5. S'assurer que les indicateurs sont théoriquement fiables et communément compris.
6. Veiller à ce que les indicateurs équilibrent le choix des cibles, sans accorder trop d'importance à un problème de santé particulier et en saisissant les caractéristiques que présente le profil de santé des populations de chaque pays.

Dans le droit fil de ce cadre de suivi, WPRO élabore actuellement un rapport dans lequel il décrit la situation de la Région quant aux ODD et à la CSU et présente les résultats des analyses que les pays peuvent prendre en compte lorsqu'ils intègrent le suivi des ODD et de la CSU dans l'élaboration de leurs politiques et la prise de décision. L'objectif visé consiste en ce que les pays utilisent ce rapport comme document de référence pour faciliter non seulement leurs propres efforts et activités de suivi, mais aussi la formulation de politiques, de programmes et de pratiques permettant de porter le système de santé au niveau requis pour assurer la CSU.

Encadré 1.5. Tunisie - Enquêtes sur la CSU

L'Enquête intitulée « Tunisian Health Examination Survey » sert expressément à recueillir des données en vue de suivre les progrès accomplis sur la voie de la réalisation de la CSU moyennant un ensemble de modules normalisés. En collaboration avec l'Office national de la famille et de la population et le Laboratoire Épidémiologie et Prévention des maladies cardiovasculaires, le Ministère tunisien de la santé et l'Institut national de santé publique ont conçu et réalisé cette enquête en vue d'obtenir des éléments d'information susceptibles d'étayer l'élaboration de politiques et de stratégies de santé fondées sur des données factuelles. C'est un manque d'information de qualité, plus exhaustive et plus actuelle sur la santé de la population et sur la manière dont celle-ci utilise les services de santé et les dépenses de santé des ménages, qui a suscité la réalisation de cette enquête, dont l'objet est d'orienter la politique de santé du Gouvernement.

L'Enquête a permis de recueillir des données sur l'état de santé et les déterminants autodéclarés des adultes, y compris les facteurs de risque comme l'alcoolisme et le tabagisme, les maladies chroniques diagnostiquées telles que les maladies cardiaques, le diabète et la dépression et leur traitement, le recours aux soins de santé ; la réceptivité aux services de santé ; la couverture de l'assurance-maladie ; les dépenses des ménages, y compris les débours directs en matière de santé (le montant global et le montant ventilé par types de biens et services) ; les contributions aux régimes d'assurance et les remboursements ; les sources de financement des soins de santé (revenus courants, vente d'actifs ou emprunts, etc.). Les femmes en âge de procréer ont été interrogées sur leur santé reproductive et la couverture vaccinale de leurs enfants. En outre, une série de mesures biologiques ont été prises, concernant notamment la glycémie, l'hémoglobine glycosylée (HbA1c), la cholestérolémie totale, la taille, le poids, la tension artérielle et l'acuité visuelle.

Il ressort de l'Enquête que si 97,2 % des enfants ont bénéficié d'une couverture vaccinale complète et que 86 % des mères ont reçu des soins prénatals, seuls 42,7 % des sujets atteints de diabète et 5,5 % des individus souffrant de dépression ont suivi un traitement au cours des deux semaines précédentes. Parmi les femmes concernées, seulement 10,8 % avaient passé un test de dépistage du cancer du col de l'utérus par frottis de Papanicolaou et seulement 8,1 % avaient passé un test de dépistage du cancer du sein par mammographie. En outre, sur les 26,4 % de la population qui souffraient d'hypertension, 37,9 % en étaient informés, 30,7 % suivaient le traitement actuel et seuls 9,7 % bénéficiaient d'exams de contrôle adéquats. On a également noté de fortes différences entre les groupes socioéconomiques et les gouvernorats. Ainsi, les taux de sensibilisation au diabète et du traitement les plus élevés étaient dans le Centre-Est (60,4 % des sujets étaient informés sur la maladie et sur son traitement) et les plus faibles dans le Nord-Ouest (45,2 % des sujets étaient informés sur la maladie et sur son traitement).

En ce qui concerne la protection financière contre les dépenses de santé catastrophiques (voir chapitre 2), l'Enquête a également révélé que 9,1 % de la population totale a fait face à des dépenses de santé catastrophiques (définies comme étant des débours supérieurs à 25 % des dépenses totales du ménage). En examinant le taux d'incidence par zone d'habitation, on a constaté que les populations rurales étaient légèrement plus touchées par les dépenses de santé catastrophiques (9,9 %) que les populations urbaines (8,8 %). Douze pour cent des personnes interrogées ont également déclaré qu'elles n'avaient pas reçu de soins de santé la dernière fois qu'elles en avaient eu besoin. Bien que plus de 40 % des sujets interviewés n'aient pas cherché à se faire soigner parce qu'ils estimaient qu'ils n'étaient pas très souffrants, 16,9 % d'entre eux - en particulier ceux des segments plus pauvres de la population - ont expliqué qu'ils n'avaient pas les moyens d'assumer le coût de la visite et 5 % ont déclaré qu'ils ne pouvaient pas payer les frais de transport. Les pauvres ont plus souvent invoqué la question des coûts pour justifier l'absence de soins.

L'Enquête donne une idée de la mesure des principaux indicateurs de progrès accomplis dans l'instauration de la couverture-santé universelle. Alors que la couverture vaccinale et celle des soins prénatals sont élevées, il faudra, pour ce qui est des maladies chroniques et du dépistage du cancer, mener des interventions politiques décisives et des efforts ciblés en vue de renforcer les programmes visant à mieux sensibiliser le public et à améliorer le dépistage et la prise en charge appropriée dans les établissements de soins primaires. Il faudra en outre s'efforcer de réduire les inégalités socioéconomiques dans la couverture des interventions sanitaires essentielles et de combler le fossé entre le secteur public et le secteur privé pour ce qui concerne la qualité des soins, les coûts et les conditions de travail. Enfin, bon nombre de ménages ne sont pas prémunis contre le risque de devoir financer par eux-mêmes leurs dépenses de santé, y compris les plus vulnérables qui choisissent de renoncer au traitement en raison du montant très élevé des coûts.

services et accès ». Il conviendrait de réfléchir à d'autres indicateurs de référence, ou à une méthode hybride qui intègre la mortalité évitable.

- Élargir l'ensemble des indicateurs de référence avec des informations sur l'équité pour assurer une désagrégation plus complète de l'indice.

Bibliographie

1. The World Bank, World Health Organization. Tracking universal health coverage: first global monitoring report. Geneva: World Health Organization; 2015.
2. Boerma T, AbouZahr C, Evans D, Evans T. Monitoring intervention coverage in the context of universal health coverage. PLoS Med. 2014;11(9):e1001728.
3. Wehrmeister FC, Restrepo-Mendez MC, Franca GV, Victora CG, Barros AJ. Summary indices for monitoring universal coverage in maternal and child health care. Bull World Health Organ. 2016;94(12):903-12.
4. Collaborators GS. Measuring the health-related Sustainable Development Goals in 188 countries: a baseline analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. Lancet. 2016;388(10053):1813-50.
5. Sachs J, Schmidt-Traub G, Kroll C, Durand-Delacré D, Teksoz K. An SDG index and dashboards - global report. New York: Bertelsmann Stiftung and Sustainable Development Solutions Network; 2016.
6. Leegwater A, Wong W, Avila C. A concise, health service coverage index for monitoring progress towards universal health coverage. BMC Health Serv Res. 2015;15:230.
7. Wagstaff A, Cotlear D, Eozenou PHV, Buisman LR. Measuring progress towards universal health coverage: with an application to 24 developing countries. Oxford Rev Econ Pol. 2016;32(1):147-89.
8. Wagstaff A, Dmytraczenko T, Almeida G, Buisman L, Hoang-Vu Eozenou P et al. Assessing Latin America's progress toward achieving universal health coverage. Health Affairs. 2015;34(10):1704-12.
9. Hogan DR, Stevens GA, Hosseinpoor AR, Boerma T. Monitoring universal health coverage within the Sustainable Development Goals: development and baseline data for an index of essential health services. Lancet Global Health. 2017. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X\(17\)30472-2](http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30472-2).
10. Boerma T, Eozenou P, Evans D, Evans T, Kieny MP, Wagstaff A. Monitoring progress towards universal health coverage at country and global levels. PLoS Med. 2014;11(9):e1001731.
11. Banque mondiale, Organisation mondiale de la Santé. *La couverture universelle en santé : suivi des progrès à l'échelon national et mondial : Cadre* [document de travail conjoint]. Washington, Genève : Banque mondiale, Organisation mondiale de la Santé ; 2013.
12. Banque mondiale, Organisation mondiale de la Santé. *La couverture universelle en santé : suivi des progrès à l'échelon national et mondial : Cadre, mesures et objectifs*. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2014.
13. Measurement of trends and equity in coverage of health interventions in the context of universal health coverage: report of meeting held at the Rockefeller Foundation Center, Bellagio, September 17-21, 2012. Geneva: World Health Organization; 2012.
14. Monitoring universal health coverage: summary report of a meeting in Bellagio, 11-13 March 2014. Geneva: World Health Organization; 2014.
15. Monitoring universal health coverage: report of a meeting at the Rockefeller Center, Bellagio, 16-19 November 2015. Geneva: World Health Organization; 2015.
16. Ng M, Fullman N, Dieleman JL, Flaxman AD, Murray CJ, Lim SS. Effective coverage: a metric for monitoring Universal Health Coverage. Plos Med. 2014;11(9):e1001730.
17. Ramke J, Gilbert CE, Lee AC, Ackland P, Limburg H, Foster A. Effective cataract surgical coverage: an indicator for measuring quality-of-care in the context of Universal Health Coverage. PLoS One. 2017;12(3):e0172342.
18. To err is human: building a safer health system. Institute of Medicine; Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors. Washington DC: The National Academies Press; 2000. p. 312.
19. Carinci F, Van Gool K, Mainz J, Veillard J, Pichora EC, Januel JM et al. Towards actionable international comparisons of health system performance: expert revision of the OECD framework and quality indicators. Int J Qual Health Care. 2015;27(2):137-46.
20. Améliorer la performance des soins de santé. Paris : Organisation de coopération et de développement économiques ; 2010.
21. Rutstein DD, Berenberg W, Chalmers TC, Child 3rd CG, Fishman AP, Perrin EB et al. Measuring the quality of medical care: a clinical method. New England Journal of Medicine. 1976 Mar 11;294(11):582-8.
22. Panorama de la santé 2016. Paris : Organisation de coopération et de développement économiques ; 2016.
23. Nolte E, McKee M. Does healthcare save lives? Avoidable mortality revisited. London, UK: Nuffield Trust; 2004.
24. Mathers CD, Stevens GA, Boerma T, White RA, Tobias MI. Causes of international increases in older age life expectancy. Lancet. 2015 Feb 13;385(9967):540-8.
25. Barber RM, Fullman N, Sorensen RJ, Bollyky T, McKee M, Nolte E et al. Healthcare Access and Quality Index based on mortality from causes amenable to personal health care in 195 countries and territories, 1990–2015: a novel analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. Lancet. 2017 May 18;390(10091):231-266.
26. Das J, Chowdhury A, Hussam R, Banerjee AV. 2016. The impact of training informal health care providers in India: A randomized controlled trial. Science. 2016 Oct 7;354(308).
27. Currie J, Lin W, Meng J. Addressing antibiotic abuse in China: an experimental audit study. Journal of Development Economics. 2014 Sept;110:39-51. (<https://doi.org/10.1016/j.jdevec.2014.05.006>).
28. Panorama de la santé 2017. Paris : Organisation de coopération et de développement économiques ; 2017.
29. Bedoya G, Dolinger A, Rogo K, Mwaura N, Wafula F, Coarasa J et al. Observations of infection prevention and control practices in primary health care, Kenya. Bull World Health Organ. 2017 Jul 1;95(7):503-516.

30. Zgierska A, Rabago D, Miller MM. Impact of patient satisfaction ratings on physicians and clinical care. *Patient Prefer Adherence*. 2014 Apr 3;8:437-46.
31. Gayet-Ageron A, Agoritsas T, Schiesari L, Kolly V, Perneger TV. Barriers to participation in a patient satisfaction survey: who are we missing? *PLoS One*. 2011 Oct 26;6(10):e26852. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3202588/>).
32. Evans DK, Welander Tärneberg A. Health-care quality and information failure: evidence from Nigeria. *Health Economics*. 2017;1-4. (<https://doi.org/10.1002/hec.3611>).
33. Model-based estimates and projections of family planning indicators 2017. New York: United Nations DoEaSA, Population Division; 2017 (http://www.un.org/en/development/desa/population/theme/family-planning/cp_model.shtml, accessed 8 Sept 2017).
34. WHO/RHR global database 2017. Geneva: World Health Organization; 2017 (http://www.who.int/gho/maternal_health/who_rhr_anc4_detailed_2017.xls, accessed 11 Jan 2017).
35. World Health Organization, UNICEF. WHO/UNICEF estimates of national immunization coverage (WUENIC) 2017. Geneva: World Health Organization; 2017 (http://apps.who.int/immunization_monitoring/globalsummary/timeseries/tswucoveredtp3.html, consulté le 7 septembre 2017).
36. Global databases: children under 5 with symptoms of pneumonia taken to a health care provider 2016. New York: UNICEF; 2016 (<https://data.unicef.org/>, consulté le 8 septembre 2017).
37. Rapport sur la lutte contre la tuberculose dans le monde. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2016.
38. People living with HIV receiving ART (%). Geneva: UNAIDS; 2017 (<http://aidsinfo.unaids.org/>, consulté le 2 octobre 2017).
39. Rapport 2016 sur le paludisme dans le monde. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2016.
40. Fonds des Nations Unies pour l'enfance, Organisation mondiale de la Santé. Progrès en matière d'eau, d'assainissement et d'hygiène : mise à jour 2017 et évaluation 2017. New York, Genève : UNICEF/OMS ; 2017.
41. Zhou B, Bentham J, Di Cesare M, Bixby H, Danaei G, Cowan MJ et al. Worldwide trends in blood pressure from 1975 to 2015: a pooled analysis of 1479 population-based measurement studies with 19.1 million participants. *Lancet*. 2017;389(10064):37-55.
42. Danaei G, Finucane MM, Lu Y, Singh GM, Cowan MJ, Paciorek CJ et al. National, regional, and global trends in fasting plasma glucose and diabetes prevalence since 1980: systematic analysis of health examination surveys and epidemiological studies with 370 country-years and 2.7 million participants. *Lancet*. 2011;378(9785):31-40.
43. Rapport de l'OMS sur l'épidémie mondiale de tabagisme, 2017: surveiller la consommation de tabac et les politiques de prévention. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2017.
44. UHC data portal. Geneva: World Health Organization; 2017 (<http://apps.who.int/gho/cabinet/uhc.jsp>, consulté le 12 février 2017).
45. WHO global health workforce statistics, 2016 update. Geneva: World Health Organization; 2016 (<http://www.who.int/hrh/statistics/hwfstats/en/>, consulté le 18 août 2016).
46. Base de données de l'Observatoire mondial de la santé : cadre de suivi du Règlement sanitaire international (2005). Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2017 (<http://apps.who.int/gho/data/node.main.IHR?lang=en>, consulté le 3 octobre 2017).
47. Victora CG, Fenn B, Bryce J, Kirkwood BR. Co-coverage of preventive interventions and implications for child-survival strategies: evidence from national surveys. *Lancet*. 2005;366(9495):1460-6.
48. Hosseinpoor AR, Bergen N, Koller T, Prasad A, Schlottheuber A, Valentine N et al. Equity-oriented monitoring in the context of universal health coverage. *PLOS Medicine*. 2014;11(9):e1001727 (doi:10.1371/journal.pmed.1001727).
49. Document de travail WPR/RC67/8. *Programme d'action régional pour la réalisation des objectifs de développement durable dans le Pacifique occidental*. Soixante-septième session du Comité régional de l'OMS pour le Pacifique occidental, Manille, 10-14 octobre 2016. Manille : Bureau régional OMS du Pacifique occidental ; 2016 (http://www.wpro.who.int/about/regional_committee/67/documents/wpr_rc67_08_sdgs_fr.pdf?ua=1, consulté le 21 août 2017).
50. Document de travail WPR/RC66/6 sur la couverture sanitaire universelle. Soixante-sixième session du Comité régional de l'OMS pour le Pacifique occidental, Guam, États-Unis d'Amérique, 12-16 octobre 2015. Manille : Bureau régional OMS du Pacifique occidental ; 2015 (http://www.wpro.who.int/about/regional_committee/66/documents/wpr_rc66_06_uhc_7sep_fr.pdf?ua=1, consulté le 21 août 2017).



CHAPITRE 2

PROTECTION FINANCIÈRE

La protection financière sur le plan de la santé est assurée lorsque les familles qui reçoivent les soins dont elles ont besoin ne rencontrent pas en contrepartie des difficultés financières excessives. Sont présentées dans ce chapitre diverses mesures de protection financière et leur mise en œuvre, ainsi que des données sur les niveaux et les tendances mis en évidence par les indicateurs officiels des ODD, puis par les autres indicateurs non inclus dans les ODD, également considérés comme importants. Les principaux résultats sont présentés dans l'encadré 2.1.

Encadré 2.1 Protection financière : principales conclusions

- **808 millions de personnes dans le monde doivent faire face à des dépenses catastrophiques en matière de santé, définies comme des dépenses directes des ménages supérieures à 10 % de l'ensemble de la consommation ou du revenu du ménage.** 808 millions de personnes (11,7 % de la population mondiale) ont dû faire face à des dépenses catastrophiques au regard du seuil de 10 %. Au vu du seuil de 25 %, le chiffre est de 179 millions (2,6 % de la population). Ces seuils font tous deux partie de l'indicateur 3.8.2 des ODD, indicateur officiel des dépenses catastrophiques, définis comme « la proportion de la population dont les dépenses de santé représentent une large part du montant total des dépenses ou du revenu du ménage ».
- **L'Amérique latine et l'Asie ont les taux les plus élevés de personnes dont les dépenses directes des ménages dépassent 10 % ou 25 % de la consommation ou du revenu total des ménages.** L'Amérique latine et les Caraïbes ont le taux le plus élevé au seuil de 10 % (14,8 %), suivies de l'Asie (12,8 %), région qui compte le plus grand nombre de personnes confrontées à des dépenses catastrophiques.
- **L'incidence des dépenses catastrophiques a augmenté entre 2000 et 2010.** Depuis 2000, le pourcentage et le volume de la population qui doit faire face à ces paiements colossaux ont augmenté à tous les seuils. Au regard du seuil de 10 %, l'Afrique est la région connaissant la plus forte croissance de population confrontée à des dépenses catastrophiques (plus de 5,9 % par an en moyenne), suivie de l'Asie (plus de 3,6 % par an). L'Amérique du Nord est la seule région où l'incidence, ainsi que la population exposée, ont diminué (- 0,9 % par an).
- **97 millions de personnes ont été appauvries par des dépenses directes, au regard du seuil de pauvreté de 1,90 dollar par jour en parité de pouvoir d'achat de 2011.** En 2010, on estimait à 97 millions le nombre de personnes appauvries par les dépenses de santé au regard du seuil de pauvreté de 1,90 dollar par jour, soit 1,4 % de la population mondiale. Le chiffre était de 122 millions de personnes au regard du seuil de pauvreté de 3,10 dollars par jour en parité de pouvoir d'achat de 2011, soit 1,8 % de la population mondiale. Au vu de ces deux seuils internationaux de pauvreté, les taux d'appauvrissement dans les pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure et les pays à revenu élevé sont proches de zéro ou nuls.
- **Au regard du seuil de pauvreté fixé à 1,90 dollar par jour en parité de pouvoir d'achat de 2011, l'Afrique et l'Asie ont les taux d'appauvrissement les plus élevés.** L'Afrique et l'Asie ont des taux d'appauvrissement de 1,4 % et de 1,9 % respectivement, calculés sur la base du seuil de pauvreté de 1,90 dollar en ppa de 2010. Ces deux régions représentent 97 % de la population mondiale appauvrie par les dépenses de santé.
- **L'incidence des dépenses appauvrissantes a diminué au regard du seuil de pauvreté de 1,90 dollar par jour en ppa de 2011 mais non du seuil de 3,10 dollars.** Pour le seuil de pauvreté de 1,90 dollar par jour, le nombre de pauvres dans le monde a diminué entre 2000 et 2010, tombant de 130 millions (2,1 %) à 97 millions (1,4 %). En revanche, pour le seuil de pauvreté de 3,10 dollars par jour, le nombre de pauvres a augmenté, passant de 106 millions (1,7 %) à 122 millions (1,8 %).
- **Progrès inégaux dans les régions des Nations Unies pour ce qui concerne les dépenses appauvrissantes, au regard des seuils de pauvreté (1,90 dollar par jour et 3,10 dollars par jour en parité de pouvoir d'achat de 2011).** L'Afrique a vu ses taux diminuer au regard des deux seuils de pauvreté tandis que l'Asie a enregistré un recul sensible au regard du seuil de 1,90 dollar et une augmentation au niveau du seuil de 3,10 dollars.

Mesures de protection financière

Dépenses de santé catastrophiques (indicateurs des ODD et autres indicateurs)

Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise méthode pour mesurer les dépenses de santé catastrophiques. Différentes études reposent sur différentes approches. Dans le cadre de certaines études, les dépenses directes sont définies comme étant catastrophiques lorsqu'elles dépassent un pourcentage donné (par exemple, 10 % ou 25 %) du revenu ou de la consommation (1). Telle est l'approche adoptée dans l'indicateur 3.8.2 des ODD. D'autres études comparent les dépenses de santé non pas simplement avec le revenu ou la consommation, mais bien plutôt avec le revenu ou la consommation excluant les dépenses de subsistance des ménages, au motif que l'aptitude d'un ménage à prendre les services de santé à sa charge peut ainsi être mesurée de façon plus probante. Ces approches font partie des cadres régionaux de l'OMS visant à suivre les dépenses catastrophiques (2,3 et 7). Les études consacrées aux dépenses de santé catastrophiques font souvent état de l'incidence de ces dépenses sur l'ensemble de l'échantillon, mais aussi entre différents groupes, en particulier ceux qui sont définis par rapport à leur consommation ou revenu, par exemple les « quintiles de revenu ». Dans le cadre de certains travaux - dont le présent rapport -, on fait appel à une mesure synthétique de l'inégalité, appelée « indice de concentration ».¹

Dépenses de santé appauvrissantes (indicateurs non inclus dans les ODD)

L'appauvrissement n'est pas en soi un indicateur officiel des ODD relatif à la couverture sanitaire universelle, mais il permet de mettre directement en relation la CSU avec le premier objectif des ODD, qui est de mettre fin à la pauvreté sous toutes ses formes, partout dans le monde. L'appauvrissement est défini comme se produisant lorsque la consommation d'un ménage est supérieure au seuil de pauvreté, dépenses en santé directes comprises, mais qu'à l'exclusion de celles-ci, elle est inférieure au seuil de pauvreté (1). Cette approche reflète l'idée qu'un ménage appauvri par des dépenses en santé directes, s'est trouvé contraint, à la suite d'un problème de santé, de réduire ses dépenses en produits non médicaux tels que la nourriture, le logement, l'habillement, etc. à un point tel que celles-ci se situent en deçà du niveau correspondant au seuil de pauvreté. Le calcul de l'appauvrissement se rapporte à l'augmentation du nombre de pauvres qui survient lorsque les dépenses de santé à leur charge sont exclues de la consommation ou du revenu par rapport au nombre de pauvres établi lorsque ces

dépenses sont incluses dans la consommation ou le revenu. Cette méthode, qui sert à calculer le nombre de pauvres, n'indique pas, toutefois, la mesure dans laquelle ces ménages passent en dessous du seuil de pauvreté. Elle ne rend pas vraiment compte non plus du fait que des dépenses de santé directes peuvent faire sombrer certains ménages déjà pauvres dans une plus grande misère. Ces deux aspects de l'appauvrissement peuvent être mis en évidence par l'évolution de « l'écart de pauvreté » due aux dépenses de santé directes. Dans le cas d'un ménage appauvri par des dépenses directes, la variation de l'écart est égale au montant par lequel les dépenses directes font passer le ménage en dessous du seuil de pauvreté. Dans le cas d'un ménage déjà pauvre, elle est égale à la totalité des dépenses directes du ménage. Il est ensuite procédé au calcul d'une moyenne de ces montants pour tous les ménages en vue d'obtenir la variation moyenne globale de l'écart de pauvreté dû aux dépenses directes en matière de santé. Si on la multiplie par le seuil de pauvreté, on obtient l'écart moyen en unité monétaire par habitant par lequel la consommation ou le revenu est inférieur au seuil de pauvreté.

Opérationnalisation des mesures de protection financière

Définir et mesurer les dépenses directes des ménages

Les paiements directs (ou paiement par l'utilisateur) sont ceux qui sont effectués par l'intéressé au moment où il reçoit tels ou tels services - services préventifs, curatifs ou palliatifs, services de réadaptation ou soins de longue durée - assurés par un prestataire, quel qu'il soit. Ils comprennent le partage des coûts (la part non couverte par un tiers, un assureur par ex.) et les paiements informels (par exemple, les dessous-de-table), mais pas les primes d'assurance. Les paiements directs peuvent être financés par les revenus du ménage, y compris des transferts de fonds, son épargne ou un emprunt. Ils excluent tout remboursement par un tiers, tel que l'État, une caisse d'assurance maladie ou une compagnie d'assurance privée. On utilise indifféremment les termes « dépenses directes des ménages », « paiements directs » ou « paiements par l'utilisateur » pour exprimer la même notion.

Dans la pratique, les enquêtes auprès des ménages utilisées pour collecter des données sur les paiements directs au titre de la santé présentent des lacunes. Dans certains pays, il est parfois difficile de déterminer si les paiements sont bruts ou nets de remboursements par des tiers payeurs. Parfois, les périodes de référence sont probablement trop longues (12 mois pour les médicaments par ex.) ou trop courtes (un mois pour les soins hospitaliers par ex.) pour obtenir des données

¹ L'indice de concentration est nul si, dans l'ensemble, les dépenses catastrophiques sont courantes à la fois chez les ménages riches et les ménages pauvres ; il est négatif si elles sont plus fréquentes chez les ménages pauvres ; il est positif si elles sont plus courantes chez les ménages riches.

précises. Chaque fois que la période de rappel est inférieure à 12 mois, les analystes n'ont généralement guère d'autre choix, lorsqu'ils annualisent des données, que de multiplier par le nombre pertinent (par exemple, 12 dans le cas d'un rappel d'un mois), mais sans forcément parvenir à une estimation précise. La plupart des enquêtes portent sur les dépenses consacrées à tous les produits relatifs aux soins de santé (produits pharmaceutiques, services hospitaliers, services médicaux et paramédicaux), mais il est difficile de s'assurer que toutes les enquêtes sont tout aussi exhaustives. Les enquêtes qui ne sont pas axées sur la recherche de comportements favorables à la santé ne peuvent pas fournir d'information sur les coûts indirects associés à l'utilisation (les coûts de transport par ex.). Elles ne fournissent pas non plus d'information sur les coûts d'opportunité que représente la recherche de soins (les pertes de revenus par ex.). Ces types de coûts peuvent représenter une charge considérable, mais ne sont pas inclus dans les estimations présentées ci-dessous.

Définir et mesurer le revenu et la consommation

Certaines études comparent les dépenses de santé directes avec le revenu, d'autres avec la consommation. Quand le revenu est pris comme étalon, il n'est pas tenu compte du fait que les ménages sont à même de réduire la variabilité de la consommation dans le temps - y compris pour faire face à des événements de santé nécessitant des débours - en empruntant (ou en désépargnant) et en épargnant. Si l'on se fonde sur la consommation en revanche, il en est tenu compte puisqu'il s'agit de mesurer ce que les ménages consomment plutôt que le revenu dont ils disposent. Mais on en arrive à la conclusion perverse selon laquelle un ménage qui emprunte pour financer des soins de santé finit par être considéré comme mieux loti que celui qui a un revenu semblable mais qui n'ayant pas besoin de soins de santé n'a pas d'emprunt à contracter. Choisir la consommation englobant les emprunts contractés pour financer les soins de santé peut donc amener à surestimer le niveau de vie d'un ménage, le faisant paraître relativement plus aisé qu'il ne l'est réellement. En revanche, choisir le revenu peut amener à sous-estimer le niveau de vie d'un ménage, le faisant paraître relativement démuné alors qu'il est assez aisé sur le plan de la consommation.

Choisir entre la consommation et le revenu importe moins lorsqu'il s'agit de mesurer l'incidence des dépenses catastrophiques que l'inégalité dans leur distribution. Se fonder sur la consommation englobant les frais de soins de santé peut donner l'impression que des dépenses catastrophiques sont engagées par des ménages aisés qui ne le sont peut-être pas en réalité du fait qu'ils empruntent pour financer leurs dépenses de santé. En revanche, le choix du revenu peut donner l'impression que des dépenses catastrophiques sont fréquemment engagées par des ménages démunis, lesquels

peuvent en fait consommer plus que ce qu'ils gagnent, en empruntant ou en tirant sur leur épargne. De la même manière, pour mesurer l'appauvrissement, le choix du revenu peut avoir pour effet de sous-estimer les conséquences à long terme des dépenses de santé, tandis que celui de la consommation peut amener à surestimer la mesure dans laquelle les dépenses de santé entraînent l'appauvrissement à court terme, les ménages pouvant atténuer leurs effets au fil du temps grâce à la désépargne ou à des emprunts (1 et 5).

Dans la pratique, les analystes ne peuvent pas toujours choisir librement d'utiliser la consommation ou le revenu - bien des enquêtes ne permettent qu'un seul choix. Mesurer les deux pose des difficultés. La consommation d'un ménage est souvent différente de ses dépenses : les familles peuvent cultiver des légumes et élever des animaux si bien que leur consommation de nourriture dépasse leurs dépenses alimentaires ; les familles peuvent être propriétaires de leur maison, aussi leur consommation sur le plan du logement excède-t-elle leurs dépenses à cet égard, et ainsi de suite. Il est courant qu'on s'efforce d'aller au-delà des dépenses pour obtenir une mesure de la consommation, en rendant bien compte de la valeur de la production domestique et en évaluant la valeur de consommation des biens durables, y compris le logement (6).

La mesure du revenu pose également des difficultés, en particulier dans les pays où une grande partie de la population n'a pas d'emploi formel. Dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire de la tranche inférieure, on a traditionnellement prétendu qu'il était plus simple de mesurer la consommation que le revenu, tandis que dans les pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure et à revenu élevé, on a traditionnellement prétendu que le revenu pouvait être mesuré de manière satisfaisante. Ces dernières années, les points de vue ont évolué, le revenu et la consommation étant estimés dans un nombre croissant d'enquêtes dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire de la tranche inférieure, et les difficultés consistant à mesurer le revenu étant de plus en plus reconnues dans les pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure et les pays à revenu élevé. Dans le présent rapport, on a plutôt utilisé la consommation que le revenu ; dans quelques pays, cependant, le revenu est utilisé parce que la consommation n'est pas disponible ; pour certains pays où l'on dispose de données pour le revenu et la consommation, les résultats obtenus sur les inégalités attenantes aux dépenses catastrophiques sont présentés en utilisant les deux critères.

Définir et mesurer la capacité de paiement

Certaines études ne comparent pas les dépenses directes des ménages avec la consommation ou le revenu réel d'un ménage, mais bien plutôt avec le revenu ou la consommation d'un

ménage, déduction faite d'un montant jugé nécessaire pour les biens de subsistance, tels que la nourriture et le logement. Cet ajustement permettrait de mieux rendre compte de la capacité d'un ménage de prendre à sa charge les dépenses en santé. Une méthode (1) permettant de définir cette capacité consiste à déduire de la consommation les dépenses alimentaires réelles et à comparer les dépenses directes des ménages en matière de santé avec la consommation non alimentaire. Une autre méthode (2 et 3) consiste à déduire le montant estimatif dont un ménage a besoin pour satisfaire ses besoins alimentaires de base.² Une troisième méthode (4) consiste à déduire le montant du seuil de pauvreté actuel, essentiellement une provision pour tous les besoins de base. Une quatrième méthode (7) consiste à déduire le montant qui

² La provision alimentaire de base est définie comme étant égale à la moyenne des dépenses alimentaires qui se situent (en pourcentage de la consommation totale) entre le 45^e et le 55^e percentile, l'hypothèse étant que dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire, du moins, l'apport alimentaire des ménages en question s'élève en moyenne à 2000 kilocalories.

permet à un ménage de couvrir ses besoins fondamentaux en matière d'alimentation et de logement. Les principaux résultats publiés dans le rapport ont été obtenus au moyen des deux méthodes suivantes : aucune déduction pour les biens de subsistance et une déduction pour les dépenses alimentaires réelles (la première des méthodes susmentionnées, axées sur la déduction). Le rapport rend également compte de l'examen, conduit par le Bureau régional OMS de l'Europe, des résultats préliminaires de l'application de la quatrième méthode de déduction dans 25 pays européens. Vu que les dépenses alimentaires n'augmentent pas proportionnellement au revenu et que dans le cadre des autres méthodes, les déductions faites au titre de la nourriture, du logement et des charges sont généralement des montants fixes, ces ajustements affectent de manière disproportionnée les ménages ayant un faible niveau de consommation et de revenu. De manière concrète, il ressort en général que les dépenses catastrophiques touchent

Encadré 2.2. Différentes façons de mesurer les dépenses de santé catastrophiques

Certaines études définissent les dépenses directes en santé comme catastrophiques lorsqu'elles dépassent un certain pourcentage (10 % ou 25 % par exemple) du revenu ou de la consommation. Cette approche, qui prend en compte la part du budget consacrée à la santé, est adoptée dans l'indicateur 3.8.2 des ODD. De manière concrète, les dépenses catastrophiques touchent généralement moins les « pauvres » (ou davantage les « riches ») lorsque cette méthode est retenue.

D'autres études comparent les dépenses de santé avec le revenu ou la consommation nette des dépenses de subsistance des ménages, bien plutôt qu'avec la consommation ou le revenu total. Cette démarche repose sur le fait que tout le monde doit dépenser un montant minimum pour les besoins essentiels tels que la nourriture et le logement, lesquels représentent une plus grande part de la consommation ou du revenu d'un ménage pauvre que celui d'un ménage riche. Par conséquent, un ménage pauvre peut ne pas être en mesure de dépenser beaucoup, voire pas du tout, pour ses soins de santé. En revanche, un ménage riche peut consacrer 10 % ou 25 % de son budget aux soins de santé et avoir encore suffisamment de ressources pour ne pas connaître de difficultés financières.

Il existe diverses méthodes pour déduire les dépenses de subsistance des ménages. Les principales différences sont les suivantes : déduction des dépenses réelles par rapport à un montant de référence ; utilisation d'un seul bien de subsistance ou d'un ensemble de biens et services pour déterminer les dépenses de subsistance ; méthode utilisée pour calculer le montant de référence des dépenses de subsistance ; prise en compte des ménages dont les dépenses réelles sont inférieures au montant de référence.

Certaines études déduisent la totalité des dépenses alimentaires réelles d'un ménage (1). Cependant, bien que les ménages pauvres consacrent souvent une part plus élevée de leur budget à l'alimentation, les données obtenues peuvent être insuffisantes pour rendre compte de la consommation non discrétionnaire. Qui plus est, les dépenses alimentaires donnent une idée des préférences et des facteurs liés aux dépenses de santé : ainsi, les ménages qui dépensent moins pour l'alimentation parce qu'ils doivent engager des dépenses en santé donneront l'impression d'avoir une plus grande capacité de paiement que les ménages qui dépensent plus pour la nourriture.

Une deuxième méthode, visant à tenir compte du rôle joué par les préférences dans les dépenses alimentaires, consiste à déduire un montant de référence des ressources totales d'un ménage qui représente les dépenses alimentaires de subsistance (2,3). En pratique, il s'agit d'un ajustement partiel à la méthode axée sur les dépenses alimentaires réelles, car le montant de référence n'est utilisé que pour les ménages dont les dépenses alimentaires réelles dépassent ce montant. Pour tous les autres ménages, on déduit les dépenses alimentaires réelles au lieu de déduire le montant de référence plus élevé. Par conséquent, la situation des ménages dont les dépenses alimentaires réelles sont inférieures au montant de référence est abordée de la même manière avec les deux méthodes susmentionnées. Cela étant, la méthode reposant sur le montant de référence peut donner l'impression, par comparaison avec celle qui s'appuie sur les dépenses alimentaires réelles, que les dépenses catastrophiques touchent moins les riches.

Une troisième méthode consiste à déduire le seuil de pauvreté actuel, essentiellement une provision pour tous les besoins de subsistance (4). Selon le seuil de pauvreté retenu, cette méthode fera probablement apparaître une plus forte concentration des dépenses catastrophiques chez les pauvres que chez les riches, par comparaison avec la méthode axée sur la part du budget consacrée à la santé. Elle présente aussi l'avantage d'établir un lien entre les dépenses de santé catastrophiques et l'appauvrissement : ceux qui ont une capacité de paiement négative se situent à un niveau inférieur au seuil de pauvreté avant même de prendre des soins de santé à leur charge et s'appauvrissent encore quand ils ont à le faire. En revanche ceux qui ont une capacité de paiement positive mais dont les dépenses de santé directes excèdent l'écart entre le revenu ou la consommation et le seuil de pauvreté retenu, sont appauvris par les dépenses catastrophiques.

Selon la méthode appliquée dans la Région européenne de l'OMS - reposant sur les deuxième et troisième méthodes -, un montant représentant les dépenses pour trois types de besoin de base (nourriture, logement (loyer) et charges) est déduit systématiquement pour tous les ménages (7). Cette méthode est plus susceptible que la méthode reposant sur « la part du budget consacré à la santé » de faire apparaître une concentration des dépenses catastrophiques plus élevée chez les pauvres. Elle permet également d'établir un lien entre les dépenses catastrophiques de santé et l'appauvrissement (encadré 2.7).

moins les « pauvres » (ou davantage les « riches ») dans le cadre de la méthode consistant à mesurer la part du budget consacrée à la santé (encadré 2.2).

Seuils de pauvreté

Dans le présent rapport, sont utilisés deux seuils différents de pauvreté pour mesurer l'appauvrissement dû aux dépenses en santé à la charge du patient. Le premier est le seuil international de 1,90 dollar par jour en parité de pouvoir d'achat de 2011. C'est ce que l'on appelle souvent le « seuil de pauvreté extrême », estimé à 1,25 dollar par jour en parité

de pouvoir d'achat de 2005, et qui sous-tend la cible 1.1 des ODD (8). Le second est un seuil de pauvreté international de 3,10 dollars par jour en parité de pouvoir d'achat de 2011, qui actualise le seuil de pauvreté de 2 dollars par jour en parité de pouvoir d'achat de 2005, couramment utilisé pour les pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure (8).³

Pour ce qui concerne le suivi mondial, le rapport s'appuie sur les deux seuils de pauvreté internationaux. Ailleurs (9), les résultats sont présentés pour un seuil de pauvreté relative,

³ En octobre 2017, la Banque mondiale a relevé le seuil de pauvreté de 3,10 dollars par jour à 3,20 dollars.

Encadré 2.3. Suivi de la protection financière 2015-2017: qu'est-ce qui a changé?

- **Plus de pays.** Dans le Rapport de 2015, 37 pays avaient fait l'objet d'une analyse, soit un sixième de la population mondiale. Ce rapport porte sur 132 pays, soit 93 % de la population mondiale en 2015.
- **Plus de pays disposant de données sur les tendances.** Dans le rapport de 2015, ont été analysées les données sur les tendances émanant de 23 pays. Dans celui de 2017, le chiffre passe à 93 pays. En outre, pour bon nombre de pays, le présent rapport utilise des données sur plus de deux ans. Au total, y sont utilisés 553 points de données pour les dépenses catastrophiques et 516 pour l'appauvrissement.
- **Contrôles de qualité et consultations nationales.** L'ensemble de données initial comprenait 971 enquêtes auprès des ménages, chacune d'entre elles ayant fait l'objet d'une analyse. Les estimations de la consommation par habitant et de la part du budget consacré à la santé ont été ensuite comparées aux données de l'OMS et de la Banque mondiale, et les séries chronologiques des estimations relatives aux dépenses catastrophiques et appauvrissantes ont fait l'objet d'une vérification manuelle. La plupart des points de données retenus ont été partagés avec les points focaux désignés par les pays au terme de consultations avec l'OMS.
- **Différents indicateurs de paiements catastrophiques.** Le rapport de 2015 définit les paiements catastrophiques comme ceux qui dépassent 25 % de la consommation totale, 40 % de la consommation non alimentaire et 40 % de la consommation, déduction faite d'une provision fixe pour les dépenses alimentaires. Ce rapport présente les résultats obtenus au regard des seuils de 10 % et 25 % de la consommation - tous deux étant des indicateurs officiels des ODD - et du seuil de 40 % de la consommation non alimentaire. En outre, pour certains pays européens, c'est le seuil de 40 % de la consommation, déduction faite d'une provision fixe pour les dépenses alimentaires et le logement, qui a été utilisé.
- **Plus de données factuelles sur les inégalités dans les dépenses catastrophiques.** Le rapport de 2015 a mis en évidence des inégalités dans l'incidence des dépenses catastrophiques définies comme des paiements dépassant 25 % de la consommation globale dans les quintiles s'y rapportant. Le présent rapport fait également état d'inégalités au regard du seuil de 40 % de la consommation non alimentaire dans les quintiles de la consommation totale et les indicateurs des ODD dans les quintiles de revenu se rapportant à un sous-échantillon des 132 pays.
- **Mesures d'appauvrissement basées sur les seuils de pauvreté internationaux en parité de pouvoir d'achat de 2011.** Le rapport de 2015 s'appuyait sur les seuils de pauvreté internationaux en parité de pouvoir d'achat de 2005, en particulier le seuil d'extrême pauvreté de 1,25 dollar par jour et le seuil de pauvreté modérée de 2 dollars par jour. En outre, ces seuils de pauvreté avaient été ajustés en fonction du niveau économique de chaque pays. Dans le présent rapport, on a utilisé les seuils de pauvreté internationaux en parité de pouvoir d'achat de septembre 2011. Il s'agit du seuil de pauvreté de 1,25 dollar par jour (aujourd'hui 1,90 dollar par jour) et du seuil de pauvreté relevé à 2,00 dollars par jour (aujourd'hui 3,10 dollars par jour). Dans le rapport 2017, les seuils de pauvreté n'ont pas été ajustés en fonction du niveau économique de chaque pays.
- **Différentes mesures d'appauvrissement.** Le rapport de 2015 mesurait la proportion de la population qui ne se retrouvait ni appauvrie ni plus appauvrie. Dans le présent rapport, l'incidence de l'appauvrissement (la population appauvrie) est égale à la différence entre le nombre de pauvres identifiés comme tels lorsque les dépenses directes de santé sont incluses dans le montant total de la consommation ou non exclues du revenu du ménage et le nombre de ceux qui le sont lorsque ces dépenses en santé directes en sont exclues. Ce rapport ne mesure pas la proportion de la population qui ne se retrouve ni appauvrie ni plus appauvrie, mais évalue la mesure dans laquelle les paiements directs influent sur le degré de pauvreté. Il s'agit de l'impact monétaire des dépenses directes sur les ménages qui s'appauvrissent ou se retrouvent encore plus appauvris.
- **Tendances relatives aux paiements catastrophiques et à l'appauvrissement.** Le rapport de 2015 mesurait les progrès accomplis au fil du temps dans 23 pays. Ce rapport présente les variations annuelles en points de pourcentage de l'incidence des paiements catastrophiques et de l'appauvrissement pour 93 et 84 pays respectivement.
- **Estimations mondiales et régionales pour trois années.** Le rapport de 2015 présentait les taux moyens et médians des dépenses catastrophiques et appauvrissantes dans 37 pays, les enquêtes n'étant pas réalisées la même année pour tous les pays. Dans le rapport de 2017, l'incidence mondiale et régionale des dépenses catastrophiques et de l'appauvrissement est mesurée sur la base d'une estimation de leurs taux dans chaque pays du monde pour trois périodes de références 2000, 2005 et 2010.

fixé à 50 % de la consommation médiane des ménages - qui se rapproche le plus de la définition courante d'un seuil de pauvreté dans les pays à revenu élevé. Au fur et à mesure que les pays et les régions évaluent les progrès qu'ils accomplissent dans la mise en place de la CSU, ils peuvent aussi utiliser des seuils de pauvreté pertinents définis à l'échelle nationale ou régionale.

Comme le montre la suite du chapitre, des progrès considérables ont été accomplis dans le suivi des dépenses de santé catastrophiques et appauvrissantes depuis la publication du Rapport mondial de suivi de la couverture sanitaire universelle de 2015 (encadré 2.3).

Données mondiales - et gestion du problème des « données manquantes »

Enquêtes auprès des ménages

Afin de mesurer l'incidence des dépenses catastrophiques et de l'appauvrissement, il faut disposer de données émanant d'enquêtes nationales réalisées auprès des ménages, qui portent sur les dépenses en santé et la consommation, les dépenses ou les revenus. La disponibilité des données permettant de produire des estimations mondiales n'est

pas forcément comparable à celle des données obtenues au niveau national ou régional. Pour le présent rapport, l'OMS et la Banque mondiale ont constitué la plus grande base de données mondiale sur la protection financière assurée à ce jour. Des efforts de collaboration sont menés aux niveaux régional et national, mais les résultats obtenus n'ont pas été inclus dans l'ensemble de données mondiales. Le mécanisme d'élaboration de la base de données mondiale, décrit ci-après, s'articule autour de la protection financière. De la même manière, tous les résultats présentés dans ce rapport sont fondés sur l'ensemble de données mondiales, sauf indication contraire. Afin de constituer cet ensemble de données, on a recensé, à partir notamment de catalogues de microdonnées, 1 566 enquêtes réalisées auprès des ménages (ensemble de données), susceptibles de présenter un intérêt. Sur ce nombre, 595 ensembles ont été écartés soit parce qu'ils étaient inaccessibles, soit parce qu'ils ne comportaient pas de variables essentielles à l'analyse. Les 971 ensembles restants ont fait l'objet d'analyses qui ont permis d'estimer les dépenses catastrophiques et le niveau d'appauvrissement, et d'obtenir des données accessoires. Ces « points de données » ont ensuite fait l'objet d'un processus d'assurance de la qualité (9 et 10): ceux qui n'étaient pas suffisamment proches d'une valeur de référence ont été écartés, tout comme ceux qui ne faisaient pas partie d'une série chronologique cohérente (encadré 2.4).

Encadré 2.4. Exemple de filtrage des données sur la protection financière

Les tendances que les diverses séries chronologiques révèlent pour chaque pays ont été restituées comme le montrent les deux exemples ci-dessous, lesquels font apparaître des taux de dépense catastrophiques (au regard du seuil de 10 %) pour la Lituanie et le Mexique. Les points de données considérés comme une source de préoccupation dans le mécanisme d'assurance de la qualité ont été signalés. La préférence allait à une série unique pour chaque pays ; dans certains cas, on a donc conservé des points de données considérés comme préoccupants tant qu'ils ne s'avéraient pas trop problématiques.

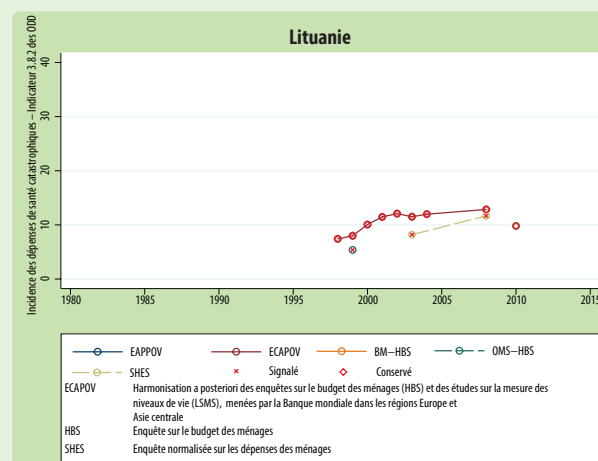
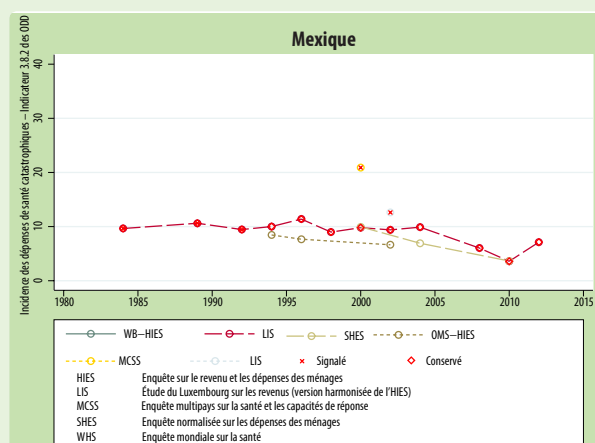
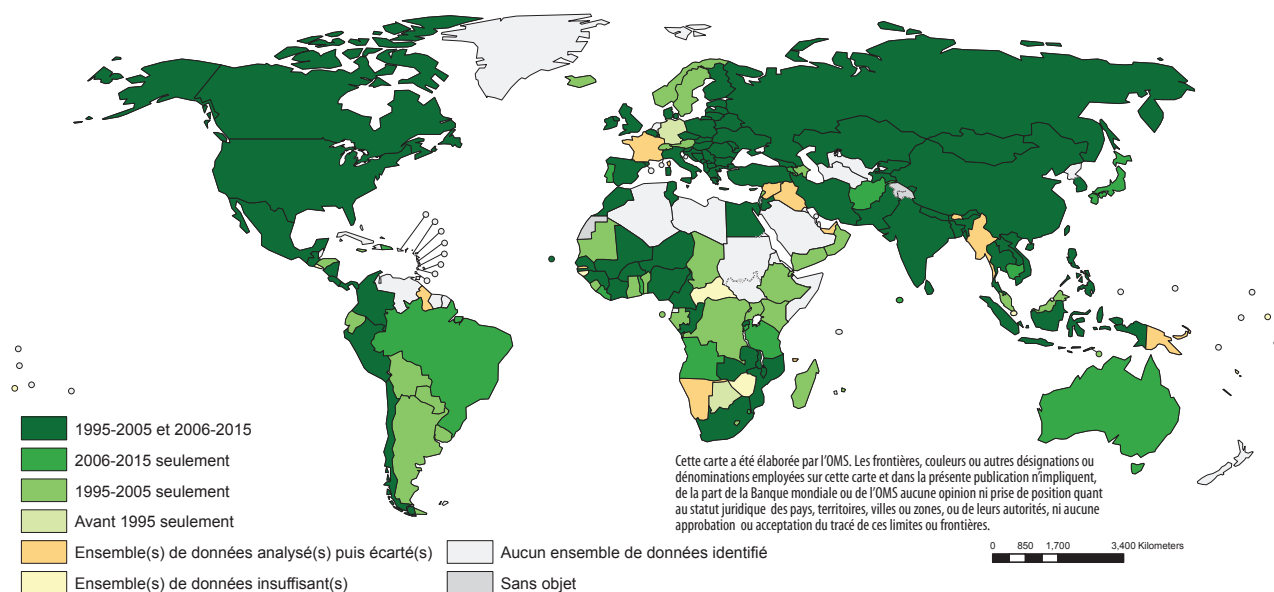


Figure 2.1. Disponibilité de données sur la protection financière dans la base de données mondiale



Note : Le nombre total de pays et de territoires peut être divisé en plusieurs catégories : ceux qui ne disposent d'aucune donnée identifiée permettant d'établir des estimations mondiales (61) ; ceux dont les ensembles de données ont été analysés, puis écartés (12) ; ceux dont les ensembles de données ont été jugés insuffisants (10) ; ceux dont seuls les ensembles de données datant d'avant 1995 sont disponibles (2) ; ceux dont seuls les ensembles de données datant de 1995 à 2005 sont disponibles (35) ; ceux dont seuls les ensembles de données datant de 2006 à 2015 sont disponibles (17) ; et ceux disposant d'ensembles de données pour les périodes 1995-2005 et 2006-2015 (79). La disponibilité de données permettant d'établir des estimations mondiales ne correspond pas nécessairement à la disponibilité des données au niveau national ou régional. Source : base de données mondiale sur la protection financière établie par l'OMS et la Banque mondiale.

A l'issue de cet exercice de contrôle, on a conservé 553 points de données se rapportant aux dépenses catastrophiques (512 pour l'appauvrissement) provenant de 133 pays ou territoires (122 dans le cas de l'appauvrissement) et couvrant la période 1984-2015. Ces données sont ventilées par pays, comme le montre la figure 2.1. De manière générale, l'ensemble de données mondiales contient des indications sur les pays représentant au moins 90 % de la population mondiale en 2015.⁴ Des lacunes n'en persistent pas moins – il n'existait aucune enquête utilisable dans certains pays ; dans d'autres, la seule enquête utilisable datait d'avant 2005.

Données manquantes, estimations mondiales et régionales

Très peu de pays avaient fait l'objet d'une enquête en 2000, 2005 et 2010, trois années retenues aux fins de l'estimation globale et régionale. Il a donc fallu mettre au point des

méthodes visant à pallier le problème des « données manquantes ». Les estimations mondiales de la part de la population confrontée à des dépenses catastrophiques ou appauvrissantes sont établies en alignant les données d'enquête sous-jacentes sur les années de référence. Ce procédé est semblable à celui qu'emploie la Banque mondiale pour établir les estimations de la pauvreté mondiale (11).

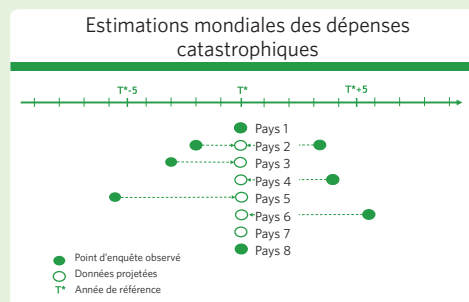
Les mêmes principes servent à estimer l'incidence globale pour les années de référence 2000, 2005 et 2010. Pour chacune d'entre elles, on utilise les données d'enquête obtenues pendant les cinq années précédant et les cinq années suivant l'année de référence. La procédure d'alignement est décrite dans le texte et illustrée à la figure de l'encadré 2.5, pour une année de référence T^* , et une fourchette de ± 5 ans avant et après l'année de référence. Des estimations mondiales sont établies pour l'incidence des dépenses de santé catastrophiques et appauvrissantes, mais pas pour le niveau d'appauvrissement.

4 93 % pour l'analyse des dépenses de santé catastrophiques et 90 % pour l'appauvrissement.

Encadré 2.5. Estimation des données nationales servant à établir des estimations régionales et mondiales se rapportant aux dépenses de santé catastrophiques et appauvrissantes

Alignement des données d'enquête sur les années de référence

- 1. Point de l'année de référence.** Dans les pays où un point de données a été enregistré pour l'année de référence T^* (pays 1 et pays 8), celui-ci est utilisé.
- 2. Deux points à l'intérieur de la fourchette.** Lorsque deux points de données au moins encadrent l'année de référence (pays 2) et s'inscrivent dans la fourchette $[T^*-5 ; T^*+5]$, la valeur des paiements catastrophiques de l'année de référence est calculée par interpolation linéaire.
- 3. Un point à l'intérieur de la fourchette.** S'il n'a été enregistré qu'un seul point de données, soit avant (pays 3) soit après (pays 4) l'année de référence, dans la fourchette de ± 5 ans, un modèle multi-niveaux du taux de paiements catastrophiques (appauvrissement) est tout d'abord établi sur une base estimative, la part globale que les dépenses directes en santé représentent dans la consommation totale (consommation finale des ménages) étant prise comme variable explicative. La valeur ainsi obtenue sert ensuite à calculer le point d'enquête de l'année de référence.
- 4. Ajustement.** Dans le cas des pays où il n'a pas été enregistré de point de données sur une période de 10 ans avant ou après l'année de référence (pays 5, 6 et 7), le modèle mentionné au point 3 ci-dessus est retenu pour calculer le point d'enquête de l'année de référence en utilisant la part globale que les dépenses directes en santé représentent dans la consommation totale, si la variable est connue. Si elle ne l'est pas, la valeur régionale médiane des paiements catastrophiques (appauvrissement) est utilisée pour évaluer le point de données de l'année de référence.



On trouvera dans le tableau suivant la répartition des points de données dans chacune de ces quatre catégories. Par exemple, pour l'année de référence 2010 et l'estimation de l'incidence des dépenses de santé catastrophiques, 101 pays ont au moins un point de données entre 2005 et 2015 ; l'ensemble de ces pays représente 86,1 % de la population mondiale.

Catégories des points de données utilisés pour établir des estimations mondiales des dépenses de santé catastrophiques et appauvrissantes

	[1995–2005] Année de référence 2000				[2000–2010] Année de référence 2005				[2005–2015] Année de référence 2010			
	Pays (No.)		Population (%)		Pays (No.)		Population (%)		Pays (No.)		Population (%)	
	Cat.	Appauv.	Cat.	Appauv.	Cat.	Appauv.	Cat.	Appauv.	Cat.	Appauv.	Cat.	Appauv.
Point – année de référence	27	25	38.4	38.2	36	34	19.9	19.2	54	54	31.4	31.4
Deux points dans la fourchette	19	13	6.6	5.2	29	23	54	52.5	13	13	21.8	21.8
Un point dans la fourchette	61	42	38	34.2	48	43	15.5	13.5	34	27	32.9	29.4
Total observé	107	80	83	77.6	113	100	89.4	85.2	101	94	86.1	82.6
Ajustement	15	10	6.9	4.7	11	2	0.8	0.1	23	12	4.1	3.1
Médiane régionale median	89	103	10.1	17.1	87	92	9.8	14.5	87	88	9.8	14.1

Cat : dépenses de santé catastrophiques; Appauv : dépenses de santé appauvrissantes.

Niveaux et tendances des dépenses catastrophiques : les indicateurs 3.8.2 des ODD

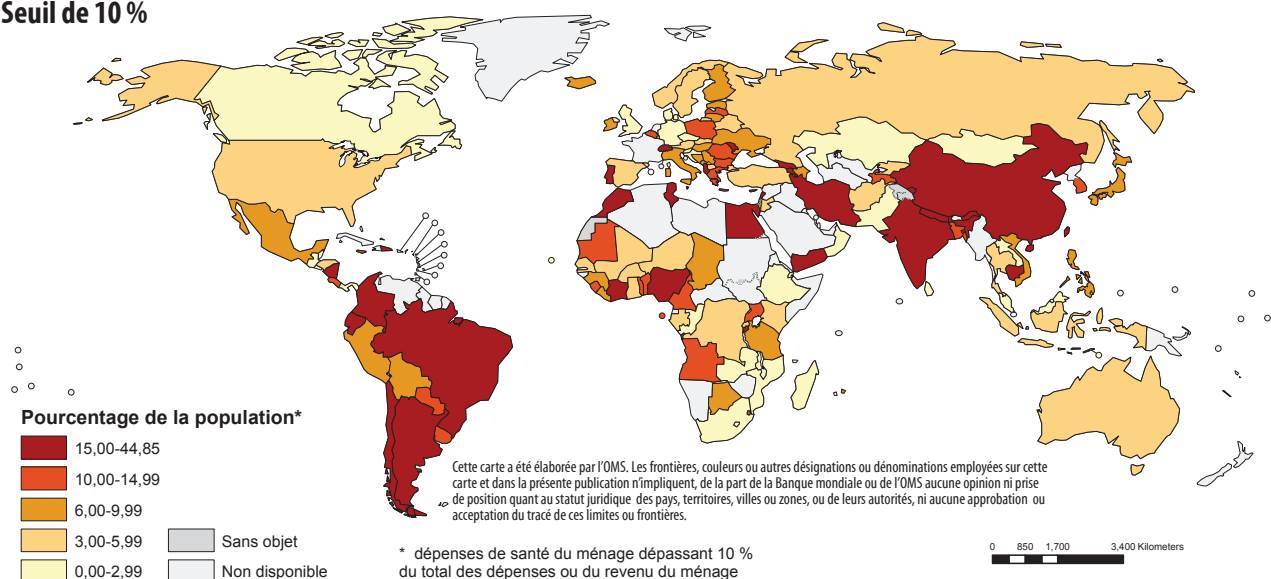
Variation des dépenses catastrophiques d'un pays à l'autre

L'incidence des dépenses directes de santé catastrophiques sur les enquêtes les plus récentes disponibles varie considérablement d'un pays à l'autre (figure 2.2). Les taux

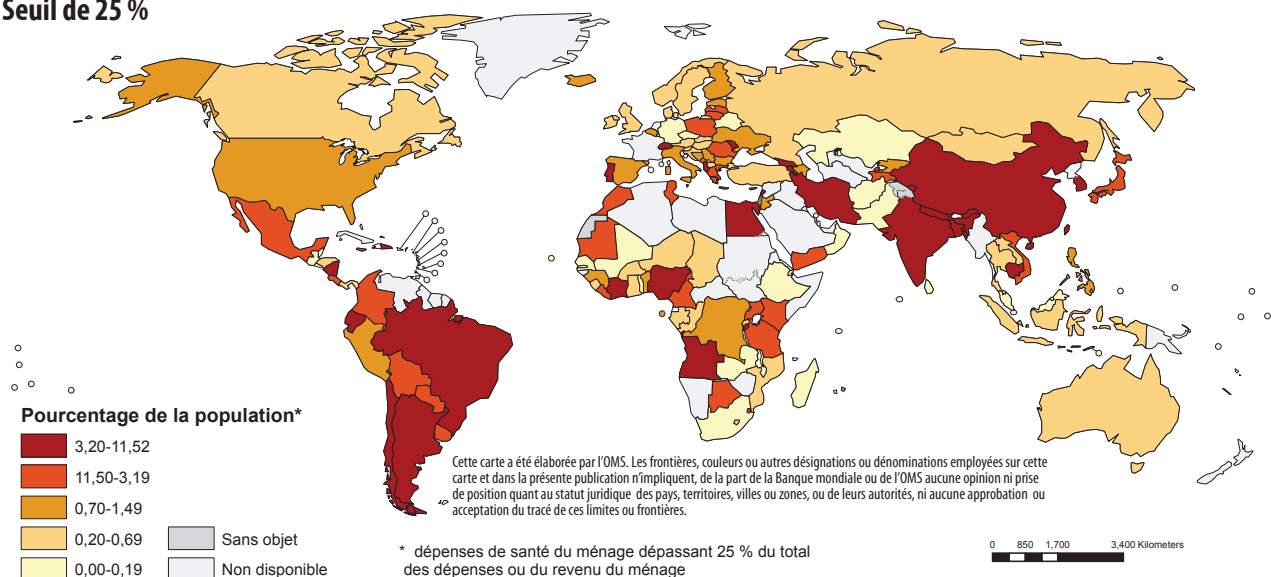
moyens et médians au regard du seuil de 10 % sont de 9,2 % et 7,1 % (intervalle interquartile : 10,0). Les taux sont inévitablement plus faibles au vu du seuil de 25 % avec des taux d'incidence moyens et médians de 1,8 % et de 1,0 % (intervalle interquartile : 2,1). Par coïncidence, l'incidence médiane au regard du seuil de 25 % est la même que celle annoncée dans le premier Rapport mondial de suivi de la couverture sanitaire universelle, en dépit du nombre moins de pays considérés (37) (encadré 2.3).

Figure 2.2 Incidence des dépenses de santé catastrophiques : indicateur 3.8.2 des ODD (année la plus récente)

Seuil de 10 %



Seuil de 25 %



Note : les estimations de l'OMS et de la Banque mondiale reposent sur des définitions et des méthodes types destinées à faciliter la comparaison entre les pays qui peuvent ne pas correspondre aux méthodes utilisées au niveau régional ou national pour surveiller les dépenses de santé catastrophiques. Ces estimations s'appuient sur les données de surveillance disponibles à l'échelle mondiale, qui ne correspondent pas nécessairement aux données disponibles au niveau national ou régional.

Source : base de données mondiale sur la protection financière établie par l'OMS et la Banque mondiale.

Tableau 2.1. Tendances mondiales et régionales des paiements catastrophiques – Indicateur 3.8.2 des ODD

Seuil de 10 %

	2000		2005		2010	
	% Population	Millions	% Population	Millions	% Population	Millions
Monde	9.7%	588.5	11.4%	741.3	11.7%	808.4
Afrique	8.7%	70.7	10.3%	94.1	11.4%	118.7
Asie	10.4%	381.6	12.2%	479.2	12.8%	531.1
Amérique latine, Amérique du Nord et Europe and the Caribbean	13.4%	70.5	17.5%	98.3	14.8%	88.3
Du Nord et Europe	6.2%	64.6	6.5%	68.6	6.4%	68.8
Amérique du Nord	5.5%	17.2	5.3%	17.4	4.6%	15.6
Océanie	6.5%	47.4	7.0%	51.2	7.2%	53.2
Oceania	3.5%	1.1	3.4%	1.1	3.9%	1.4

Seuil de 25 %

	2000		2005		2010	
	% Population	Millions	% Population	Millions	% Population	Millions
Monde	1.9%	112.8	2.4%	154.9	2.6%	179.3
Afrique	1.5%	12.3	1.9%	17.7	2.5%	25.6
Asie	2.1%	77.1	2.8%	108.7	3.1%	128.7
Amérique latine, Amérique du Nord et Europe and the Caribbean	2.6%	13.6	3.2%	18.0	2.5%	14.9
Du Nord et Europe	0.9%	9.6	1.0%	10.3	0.9%	9.8
Amérique du Nord	1.0%	3.1	0.9%	3.0	0.8%	2.6
Océanie	0.9%	6.5	1.0%	7.3	1.0%	7.2
Oceania	0.5%	0.1	0.4%	0.1	0.5%	0.2

Remarques: Les valeurs estimées de la Banque mondiale et de l'OMS sont fondées sur des définitions et des méthodes normalisées afin d'assurer la comparabilité entre pays, ce qui peut ne pas correspondre aux méthodes utilisées au niveau régional ou national pour surveiller les dépenses de santé catastrophiques. Les estimations mondiales sont fondées sur les données disponibles pour la surveillance mondiale, qui ne correspondent pas nécessairement à la disponibilité des données au niveau national ou régional. Source: Base de données mondiale sur la protection financière établie par l'OMS et la Banque mondiale.

Estimations mondiales et régionales des dépenses catastrophiques

En regroupant les pays, on estime qu'en 2010, 808 millions de personnes ont engagé des dépenses catastrophiques au regard du seuil de 10 %, soit 11,7 % de la population mondiale en 2010. Au vu du seuil de 25 %, les chiffres sont de 179 millions, soit 2,6 % de la population mondiale (tableau 2.1). En 2010, l'Asie est la région où se concentre la majeure partie de la population confrontée à des paiements catastrophiques. Entre 66 % et 77 % de la population mondiale menacée par des dépenses catastrophiques viennent d'Asie

(en fonction des seuils) alors que la région représente un peu moins de 60 % de la population mondiale. Les nouvelles données contrastent avec des études antérieures sur les dépenses de santé catastrophiques quant au nombre de personnes touchées (encadré 2.6). Pour ce qui concerne les taux d'incidence des paiements catastrophiques, les écarts entre les régions de l'ONU sont considérables. En 2010, l'Amérique latine et les Caraïbes affichent les taux les plus élevés au regard du seuil de 10 % (14,8 %), et sont suivies de l'Asie (12,8%). L'Océanie, qui a le taux le plus bas (3,9%), est suivie de l'Amérique du Nord (4,6%).

Encadré 2.6. Précédentes estimations mondiales des dépenses catastrophiques

La seule étude mondiale disponible sur les dépenses catastrophiques, avant la publication du Rapport mondial de suivi de la couverture sanitaire universelle de 2015, a été réalisée par l'OMS en 2007, sur la base de 116 enquêtes couvrant 89 pays, l'année médiane pour l'enquête étant 1997. Les dépenses catastrophiques y sont définies comme des dépenses directes en santé dépassant 40 % de la consommation totale, déduction faite d'une provision pour dépenses alimentaires. Il est ressorti de cette étude que les taux moyens et médians des dépenses catastrophiques étaient de 2,3 % et 1,5 % respectivement, et que chaque année, 150 millions de personnes dans le monde engageaient des dépenses catastrophiques (2 et 10).

Les nouvelles données mondiales contenues dans le présent rapport comprennent 418 ensembles de données supplémentaires pour 44 autres pays, avec 2004 comme année médiane. Si l'on retient une définition des dépenses catastrophiques très proche de celle utilisée dans l'étude réalisée par l'OMS en 2003 (à savoir que les dépenses en santé dépassent 40 % de la consommation non alimentaire), l'incidence mondiale se situe à 2,7 % en 2000, soit 166 millions de personnes. Cette proportion passe à 3 % en 2005 (193 millions de personnes) et, d'après les estimations, se maintient à ce niveau jusqu'en 2010 ; mais compte tenu de la croissance démographique, 15 millions de personnes supplémentaires dépensent plus de 40 % de leur consommation non alimentaire en frais médicaux. Du point de vue de l'incidence, l'augmentation est moins forte entre 2000 et 2005 à l'aune des produits non alimentaires qu'à celle des indicateurs ODD ; la mesure non alimentaire ne montre aucun changement entre 2005 et 2010 alors que l'indicateur 3.8.2 fait apparaître une augmentation, au regard des seuils de 10 % et 25 %.

Tendances des dépenses catastrophiques

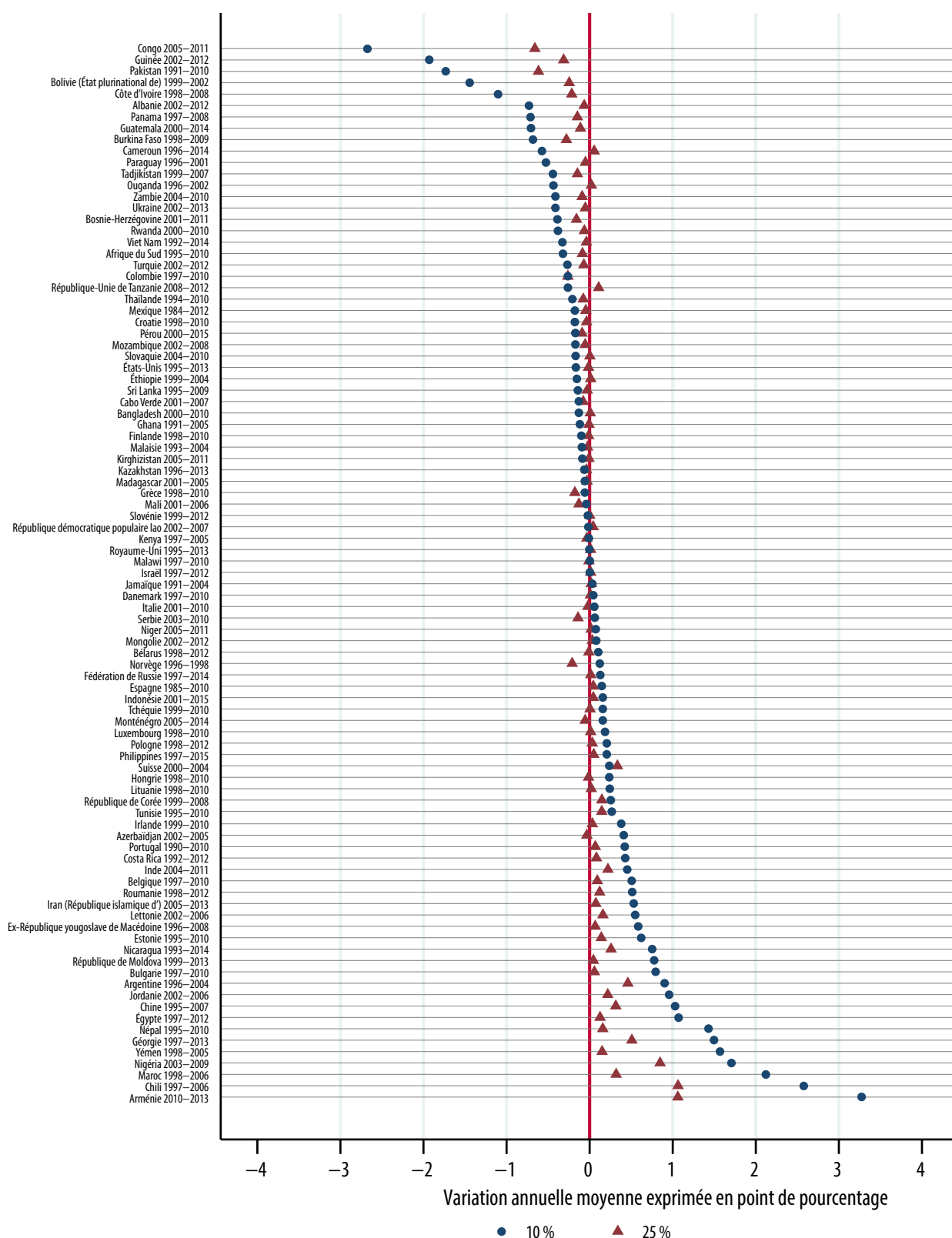
Au seuil de 10 %, la variation annuelle moyenne de l'incidence des dépenses catastrophiques se situe entre -2,7 % par an au Congo (2005-2011) et 3,3 % par an en Arménie (2010-2013) (figure 2.3). Dans 48 (52 %) des 94 pays pour lesquels des données sont disponibles sur une période de deux ans, l'incidence des dépenses directes catastrophiques a augmenté dans la durée. Au regard du seuil de 25 %, l'incidence des paiements catastrophiques a augmenté dans 54 % des pays considérés. Dans le Rapport mondial de 2015, seulement 48 % des 23 pays disposant de données relatives aux tendances affichaient une augmentation. L'évolution annuelle médiane (non pondérée en fonction de la population) des taux de dépenses catastrophiques est

de 0,03 % et 0,01 % par an pour les seuils de 10 % et 25 % respectivement, alors que les taux pondérés en fonction de la population sont de 0,45 % et 0,22 % ; le fait que ceux-ci soient plus élevés signifie que l'incidence des paiements catastrophiques diminue plus lentement ou augmente plus rapidement dans les pays plus peuplés.

Depuis 2000, le pourcentage et la taille de la population confrontée à des dépenses catastrophiques augmentent au regard de tous les seuils (tableau 2.1). Au vu du seuil de 10 %, l'Afrique est la région qui connaît la plus forte hausse du nombre de personnes confrontées à des paiements catastrophiques (+5,9 % par an en moyenne), suivie de l'Asie (+3,6 % par an). L'Amérique du Nord est la seule région où l'incidence et le nombre de personnes exposées à des dépenses catastrophiques ont diminué (- 0,9 % par an).



Figure 2.3. Variation annuelle de l'incidence des dépenses de santé catastrophiques exprimée en points de pourcentage : indicateur 3.8.2 des ODD



Note : les estimations de l'OMS et de la Banque mondiale reposent sur des définitions et des méthodes types propres à faciliter la comparaison entre les pays qui peuvent ne pas correspondre aux méthodes utilisées au niveau régional ou national pour surveiller les dépenses de santé catastrophiques. Ces estimations s'appuient sur les données de surveillance disponibles à l'échelle mondiale, qui ne correspondent pas nécessairement aux données disponibles au niveau national ou régional.

Source : base de données mondiale sur la protection financière établie par l'OMS et la Banque mondiale.

Inégalités des dépenses catastrophiques

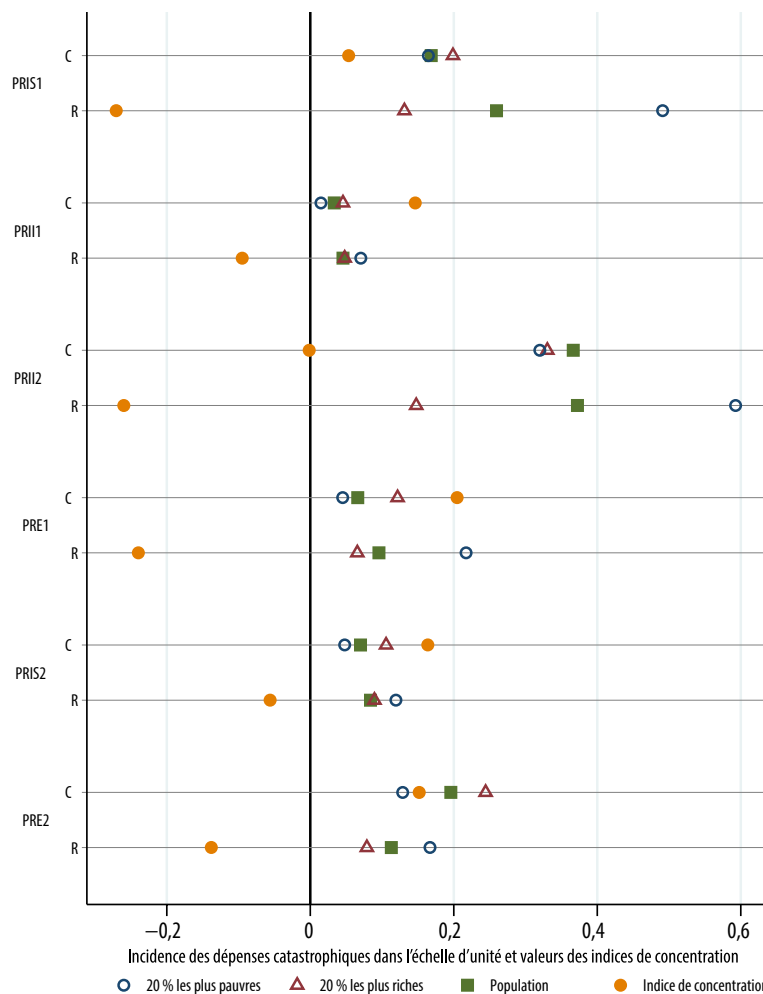
Comme on l'a vu précédemment (encadré 2.2), la question de savoir si l'incidence des dépenses catastrophiques est plus élevée chez les pauvres ou chez les riches dépend en partie de ce qui suit : a) si le niveau de vie est mesuré en fonction de la consommation ou du revenu ; b) si une déduction est faite du revenu ou de la consommation sur la base des dépenses de subsistance des ménages .

La variation de l'inégalité, selon que l'on s'appuie sur le revenu ou sur la consommation, tient au fait qu'un ménage à faible revenu peut sembler relativement aisé si son niveau de vie est évalué sur la base de la consommation englobant les dépenses directes en santé, s'il emprunte (ou tire sur ses économies) pour financer ses dépenses directes. C'est

pourquoi les ménages aisés semblent plus touchés que les ménages désavantagés par les dépenses en santé si le niveau de vie est mesuré à l'aune de la consommation [englobant les dépenses directes en santé] plutôt qu'à celle du revenu [actuel].

C'est en effet ce qui transparaît dans les différents pays à différents niveaux de revenu où l'on retrouve à la fois consommation et revenu dans leur base de données (à la figure 2.4, sont présentés les résultats pour un sous-ensemble de ces pays). Lorsque les ménages sont classés par revenu, il ressort que le cinquième des ménages les moins bien nantis de l'échantillon a un taux relativement élevé de dépenses catastrophiques. En revanche, lorsque des ménages sont classés en fonction de la consommation, le cinquième des ménages les moins bien nantis a un taux relativement faible.

Figure 2.4. Inégalités de l'incidence des dépenses de santé catastrophiques au regard de l'indicateur 3.8.2 des ODD, classée par consommation et par revenus, selon la catégorie de pays (année la plus récente)



Notes. C : ménages classés par consommation ; PRE : pays à revenu élevé ; R : ménages classés par revenus ; PRI1 : pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure ; PRIS : pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure.

On entend par « dépenses de santé catastrophiques » les dépenses directes dépassant 10 % du montant total de la consommation ou du revenu du ménage (approche fondée sur la part du budget, indicateur 3.8.2 des ODD). La figure présente l'incidence des dépenses catastrophiques dans l'échelle d'unité (par exemple, 0,2 représente 20 %) au niveau national (population) ainsi que pour les 20 % les plus pauvres et les plus riches. Elle montre également l'indice de concentration de l'incidence des dépenses catastrophiques pour deux pays à revenu élevé, deux pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure et deux pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure.

Source : calculs de la Banque mondiale effectués à partir des ensembles de données harmonisés de l'Étude du Luxembourg sur les revenus.

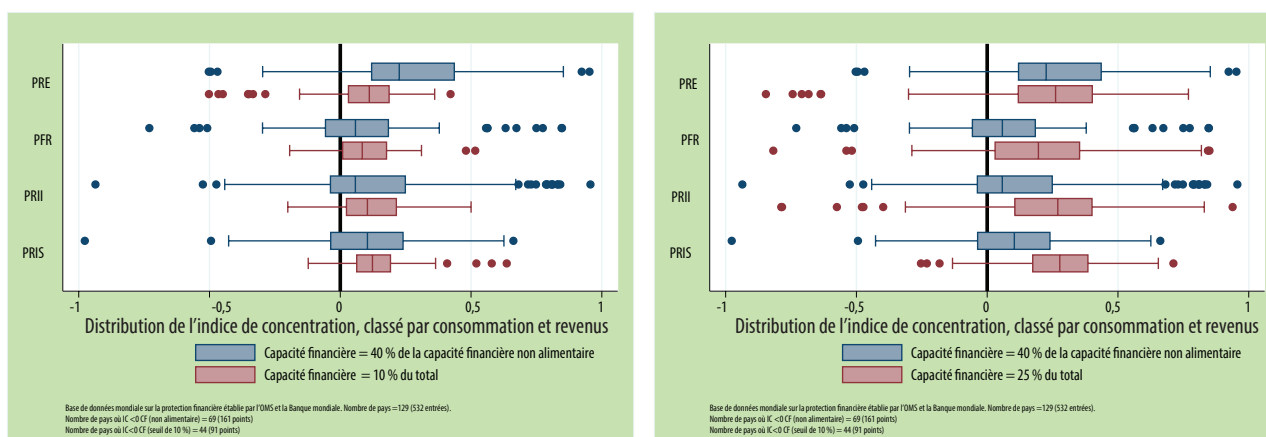
Pour ce sous-ensemble de pays, l'indice de concentration de l'incidence des dépenses catastrophiques est toujours négatif lorsque les ménages sont classés selon le revenu, indiquant que les pauvres font face à des taux plus élevés, mais l'indice est généralement positif lorsqu'ils sont classés selon la consommation englobant les dépenses directes en matière de santé, ce qui indique que les riches font face à des taux plus élevés.

La question de savoir si l'incidence des dépenses catastrophiques est plus élevée chez les pauvres, dépend de la déduction, ou non, des dépenses de subsistance des ménages et de la façon dont cette déduction est effectuée, comme on l'a vu plus haut dans l'encadré 2.2.

La figure 2.5 affiche les résultats obtenus pour 129 pays et 532 points de données. Ceux-ci montrent qu'en classant les ménages en fonction de la consommation ou du revenu total, l'incidence des dépenses catastrophiques, définies comme

représentant 40 % de la consommation non alimentaire (approche fondée sur l'alimentation), touche davantage les pauvres que lorsque les dépenses catastrophiques sont définies comme représentant 10 % ou 25 % du montant total de la consommation ou du revenu (c'est-à-dire lorsque les dépenses de subsistance ne sont pas déduites). Si l'on retient l'approche alimentaire, l'indice de concentration est négatif pour 30 % des points de données, mais essentiellement dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire ; il est largement positif dans les pays à revenu élevé. Dans le cadre de l'approche reposant sur la part du budget (pas de déduction faite pour les dépenses de subsistance), l'indice est négatif pour seulement 17 % et 14 % des points de données au regard des seuils respectifs de 10 % et 25 % de la consommation totale. La mesure utilisée par le Bureau régional OMS de l'Europe montre dans les 25 pays à l'étude que l'incidence catastrophique se concentre systématiquement chez les pauvres (encadré 2.7).

Figure 2.5. Inégalités de l'incidence des dépenses catastrophiques au regard de l'indicateur 3.8.2 des ODD ou de l'approche fondée sur les dépenses non alimentaires effectives (année la plus récente)



CF : capacité financière ; IC : indice de concentration ; PRE : pays à revenu élevé ; PRII : pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure ; PFR : pays à faible revenu ; PRIS : pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure. Note : On entend par « dépenses de santé catastrophiques » les dépenses directes dépassant 10 % ou 25 % du total de la consommation ou du revenu du ménage (approche à deux seuils fondée sur la part du budget, indicateur 3.8.2 des ODD), ainsi que les dépenses directes dépassant 40 % de la consommation non alimentaire (approche des dépenses non alimentaires effectives). Des diagrammes en boîte illustrent la distribution de l'indice de concentration dans 129 pays, selon les chiffres de l'année la plus récente. Ces 129 pays sont regroupés selon la classe de revenu qui leur a été attribuée par la Banque mondiale pour l'année la plus récente (PRE, PRIS, PFR et PRII). Pour chaque groupe, la valeur médiane de l'indice de concentration correspond à la ligne qui divise la boîte en deux parties. La limite supérieure de la boîte indique la valeur en dessous de laquelle se situent 75 % des indices de concentration (75e centile). La limite inférieure indique la valeur en dessous de laquelle se situe l'indice de concentration (25e centile). Les estimations de l'OMS et de la Banque mondiale reposent sur des définitions et des méthodes types destinées à faciliter la comparaison entre les pays qui peuvent ne pas correspondre aux méthodes utilisées au niveau régional ou national pour surveiller les dépenses de santé catastrophiques. Ces estimations s'appuient sur les données de surveillance disponibles à l'échelle mondiale, qui ne correspondent pas nécessairement aux données disponibles au niveau national ou régional.

Source : Base de données mondiale sur la protection financière établie par l'OMS et la Banque mondiale.

Niveaux et tendances des dépenses catastrophiques: indicateurs non inclus dans les ODD

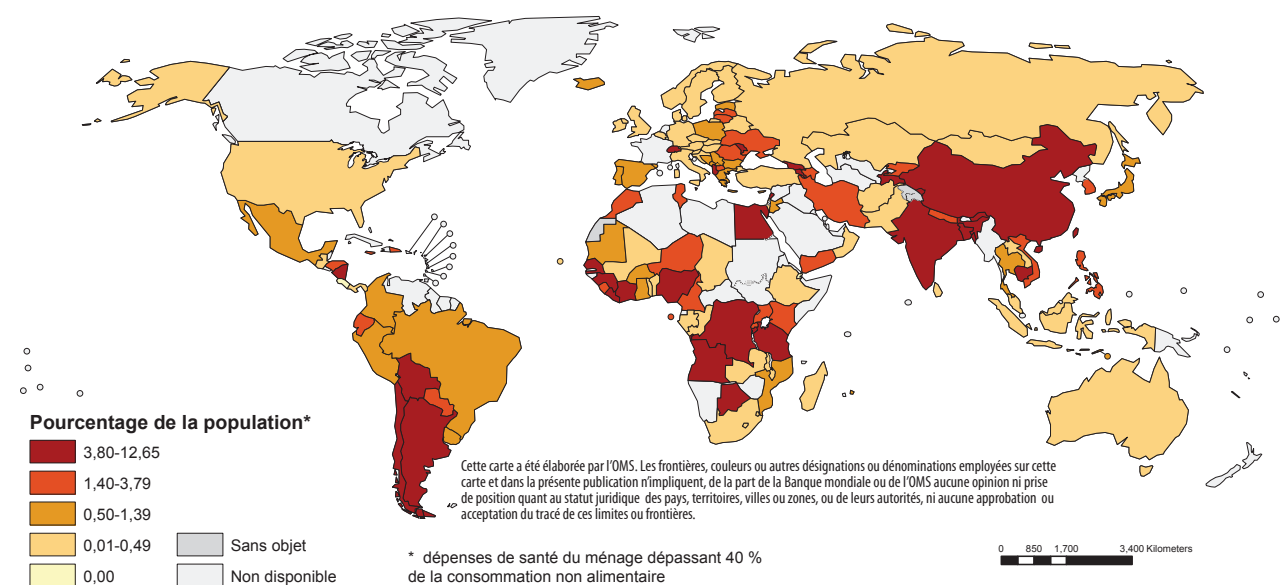
Les dépenses non alimentaires utilisées comme mesure de la capacité de paiement

En fixant le seuil de paiement catastrophique à 40 % de la consommation non alimentaire, on obtient des taux d'incidence moyens et médians de 2,1 % et 1,0 % (non pondérés en fonction de la population). À la figure 2.6 est présentée l'incidence des dépenses catastrophiques dans le monde mesurée à l'aune des dépenses non alimentaires, avec, comme dans la figure 2.2, des seuils sélectionnés de manière à répartir les pays (disposant de données) en cinq groupes égaux. La partie représentant les Amériques est sensiblement plus claire en nuance que dans la figure 2.2 ; la partie de l'Afrique et de l'Asie (régions plus pauvres en comparaison) est sensiblement plus sombre, ce qui montre

qu'on obtient une incidence plus élevée des dépenses catastrophiques chez les pauvres à l'aune des dépenses non alimentaires plutôt qu'à celle de la consommation totale. On estime que 208 millions de personnes (3 % de la population mondiale) ont dépensé des sommes catastrophiques pour la santé selon cette définition (tableau 2.2). L'augmentation de la population confrontée à des paiements catastrophiques au regard du seuil de 40 % des dépenses non alimentaires est particulièrement importante en Asie (+2,6% par an) et en Afrique (+4,9% par an). Dans les autres régions, la part de la population exposée est stable (Océanie) ou diminue (Europe, Amérique latine et Caraïbes, Amérique du Nord).

Les analyses nationales et régionales ont un rôle essentiel à jouer, s'agissant de définir des facteurs qui renforcent et compromettent la protection financière, et de mettre en évidence des répercussions et des choix en matière de politiques. L'encadré 2.7 illustre la pratique utilisée dans la Région européenne de l'OMS.

Figure 2.6. Incidence des dépenses de santé catastrophiques dépassant 40 % de la consommation non alimentaire (année la plus récente)



Notes : Les estimations de l'OMS et de la Banque mondiale reposent sur des définitions et des méthodes types destinées à faciliter la comparaison entre les pays qui peuvent ne pas correspondre aux méthodes utilisées au niveau régional ou national pour surveiller les dépenses de santé catastrophiques. Ces estimations s'appuient sur les données de surveillance disponibles à l'échelle mondiale, qui ne correspondent pas nécessairement aux données disponibles au niveau national ou régional.

Source : Base de données mondiale sur la protection financière établie par l'OMS et la Banque mondiale.

Tableau 2.2 Estimations mondiales et régionales des paiements catastrophiques définis au regard du seuil de consommation non alimentaire de 40 %

	2000		2005		2010	
	% Population	Millions	% Population	Millions	% Population	Millions
Monde	2.7%	166.8	3.0%	193.1	3.0%	208.2
Afrique	2.6%	21.1	3.1%	28.6	3.3%	34.0
Asie	3.4%	124.3	3.7%	146.4	3.9%	160.8
Amérique latine, Amérique du Nord et Europe Latin America and the Caribbean	1.9%	10.2	1.8%	9.8	1.1%	6.8
Amérique du Nord et Europe	1.1%	11.2	0.8%	8.2	0.6%	6.4
Amérique du Nord	0.5%	1.5	0.4%	1.2	0.3%	1.1
Europe	1.3%	9.7	1.0%	7.0	0.7%	5.3
Océanie	0.3%	0.1	0.2%	0.1	0.2%	0.1

Remarques: Les valeurs estimées de l'OMS et de la Banque mondiale sont fondées sur des définitions et des méthodes normalisées afin d'assurer la comparabilité entre pays, ce qui peut ne pas correspondre aux méthodes utilisées au niveau régional ou national pour surveiller les dépenses de santé catastrophiques. Les estimations mondiales sont fondées sur la disponibilité de données aux fins de la surveillance mondiale, qui ne sont pas nécessairement conformes à la disponibilité des données au niveau national ou régional.

Source: Base de données mondiale sur la protection financière, recueillie par l'OMS et la Banque mondiale.

Encadré 2.7. Suivi de la protection financière dans la Région européenne de l'OMS

Que fait l'OMS/Europe ? En 2014, la Région européenne de l'OMS a lancé un projet pluriannuel pour générer de nouvelles données factuelles sur la protection financière en utilisant une nouvelle méthode de mesure des dépenses de santé catastrophiques et appauvrissantes et une approche globale de la surveillance. Le projet vise à surveiller la protection financière d'une manière qui produise des données probantes susceptibles de sous-tendre l'élaboration de lignes d'action, qui privilégie les politiques favorables aux pauvres de manière à briser le lien entre la mauvaise santé et la pauvreté, et qui soit utile à l'ensemble des États membres de l'OMS dans la Région européenne, y compris les pays à revenu élevé.

En quoi cette méthode diffère-t-elle des autres ? Premièrement, la méthode mise au point pour mesurer les dépenses catastrophiques s'appuie sur l'approche consistant à évaluer la capacité de paiement, utilisée par l'OMS dans le cadre d'un plus vaste programme de surveillance de la CSU, et vise à remédier à certaines de ses insuffisances (encadré 2.2) (7 et 12). Est déduit systématiquement pour tous les ménages un montant de référence représentant les dépenses consacrées à trois besoins essentiels : la nourriture, le logement (loyer) et les services publics. Ce montant est appelé « seuil de subsistance » ou « seuil de pauvreté ». L'incidence des dépenses catastrophiques est alors plus susceptible d'être élevée chez les pauvres que dans le cadre des méthodes consistant à mesurer la part budgétaire ou les autres méthodes utilisées pour déduire les dépenses de subsistance (encadré 2.2). Deuxièmement, les ménages sont classés en fonction de leur risque d'appauvrissement suite aux dépenses directes en santé, au regard du seuil de subsistance. Troisièmement, la Région européenne collabore avec des experts nationaux, en vue de rendre les politiques plus pertinentes à l'échelle nationale, afin de réaliser une analyse approfondie de la protection financière dans la durée, qui soit adaptée au contexte de chacun des pays concernés.

En 2018, ces rapports nationaux sous-tendront l'élaboration d'un rapport de suivi régional qui examinera les questions suivantes : tendances de l'incidence et facteurs des difficultés financières rencontrées au fil du temps ; tendances des inégalités en matière de protection financière entre les pays et à l'intérieur de chacun d'entre eux ; questions relatives à l'accès, y compris les besoins non satisfaits en matière de soins de santé. Ce rapport régional mettra également en lumière des exemples de bonnes pratiques et leurs incidences sur les politiques.

Quelles en sont les conclusions ? Associer cette méthode à une analyse qui soit adaptée à chaque contexte permet d'obtenir des données probantes et exploitables pour l'élaboration de politiques. D'après les résultats préliminaires obtenus pour 25 pays de la Région européenne de l'OMS (7), on constate ce qui suit :

- Les ménages du quintile le plus pauvre sont davantage susceptibles de devoir faire face à des dépenses de santé catastrophiques dans tous les pays.
- Les médicaments destinés aux usagers non hospitalisés sont un moteur majeur des dépenses de santé catastrophiques : dans les pays où l'incidence des dépenses de santé catastrophiques est relativement élevée, elle est due en grande partie à l'achat de médicaments pour patients non hospitalisés ; dans les ménages pauvres de la plupart des pays, les dépenses directes catastrophiques portent essentiellement sur les médicaments destinés aux usagers non hospitalisés.
- La protection financière varie en fonction des changements de politique au sein d'un pays et des différences de politique entre les pays ; en Lettonie, par exemple, l'abolition des exonérations du ticket modérateur après la crise économique n'a pas modifié l'incidence globale des dépenses de santé catastrophiques, mais a aggravé les difficultés financières des ménages pauvres (13).
- Dans tous les pays, l'incidence des dépenses de santé catastrophiques augmente régulièrement à mesure que la part des dépenses directes dans le montant total des dépenses s'accroît, mais il existe des valeurs aberrantes ; ce qui montre combien il importe, en vue de renforcer la protection financière, à la fois d'augmenter les dépenses publiques de santé et de concevoir les politiques avec soin.

Les pays suivants ont été couverts par l'étude que la Région européenne de l'OMS a menée : Albanie, Allemagne, Autriche, Chypre, Croatie, Estonie, France, Géorgie, Grèce, Hongrie, Irlande, Kirghizistan, Lettonie, Lituanie, Pays-Bas, Pologne, Portugal, République de Moldavie, Royaume-Uni, Slovaquie, Slovénie, Suède, Tchéquie, Turquie et Ukraine.

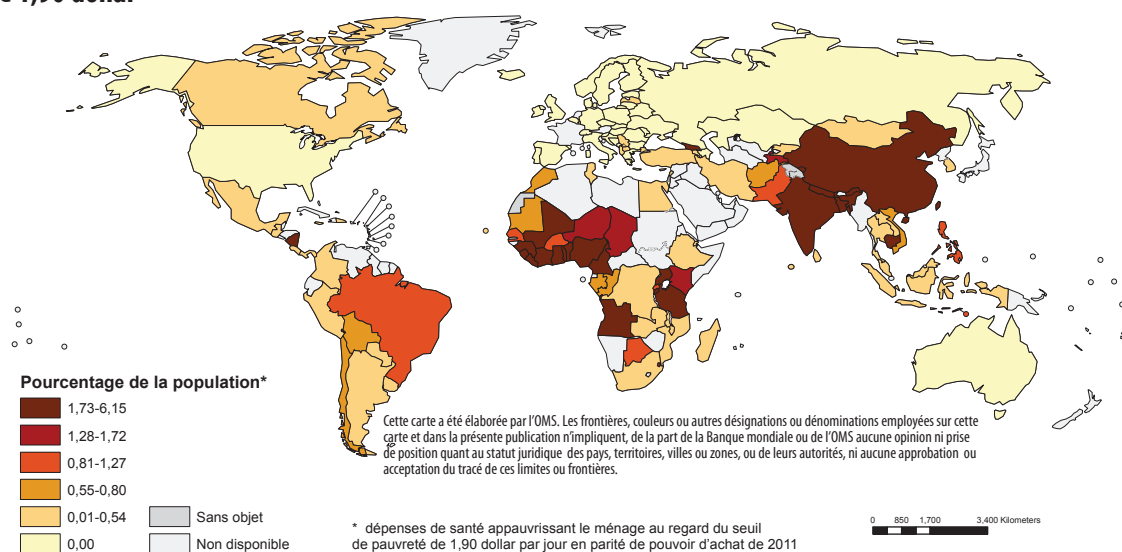
Niveaux et tendances de l'appauvrissement dus aux dépenses directes des ménages : indicateurs non inclus dans les ODD

Variation d'un pays à l'autre en matière d'appauvrissement

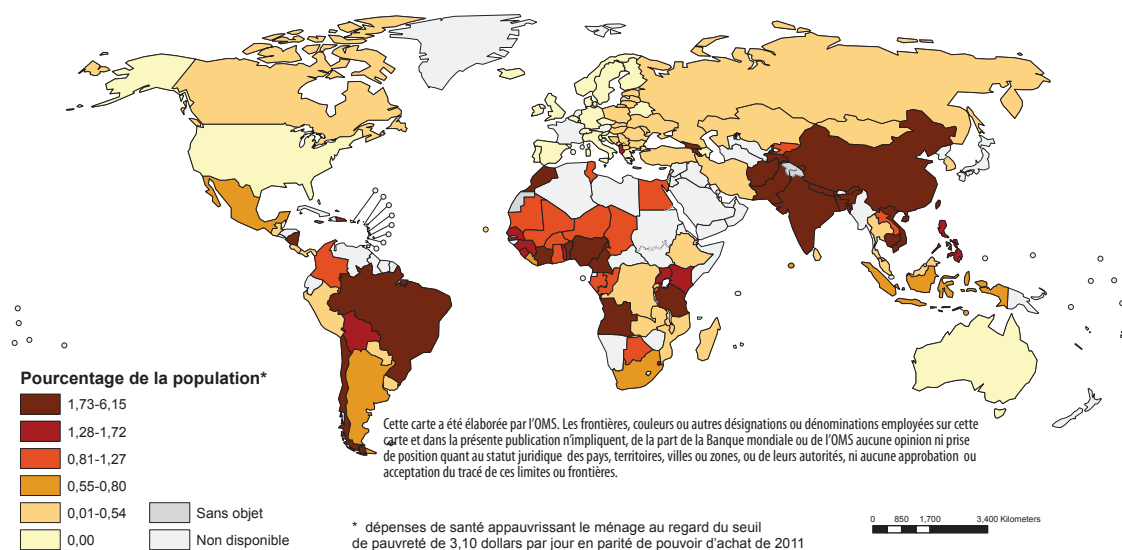
L'incidence des paiements directs appauvrissants au regard du seuil de pauvreté de 1,90 dollar par jour varie considérablement d'un pays à l'autre (figure 2.7), allant de 0,0 % dans tous les pays à revenu élevé à 4,5 % dans un pays à faible revenu ou à revenu intermédiaire de la tranche inférieure. Les taux médians d'appauvrissement, pondérés en fonction de la population, sont de 1,86 % au regard du seuil de 1,90 dollar par jour et de 2,44 % au regard du seuil de 3,10 dollars par jour.

Figure 2.7. Incidence de l'appauvrissement associé aux dépenses de santé directes : seuils de pauvreté de 1,90 dollar et 3,10 dollars par jour en parité de pouvoir d'achat 2011 (année la plus récente)

Seuil de 1,90 dollar



Seuil de 3,10 dollars



Note : les estimations de l'OMS et de la Banque mondiale reposent sur des définitions et des méthodes types destinées à faciliter la comparaison entre les pays qui peuvent ne pas correspondre aux méthodes utilisées au niveau régional ou national pour surveiller l'appauvrissement associé aux dépenses de santé directes. Il convient de noter que les seuils de pauvreté internationaux de 1,90 dollar et 3,10 dollars par jour sont plus adaptés aux pays à faible revenu et à revenu intermédiaire de la tranche inférieure, car le seuil de 1,90 dollar par jour correspond à des conditions d'extrême pauvreté qui sont rares dans les pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure et à revenu élevé. Les estimations mondiales s'appuient sur les données de surveillance disponibles à l'échelle mondiale, qui ne correspondent pas nécessairement aux données disponibles au niveau national ou régional.

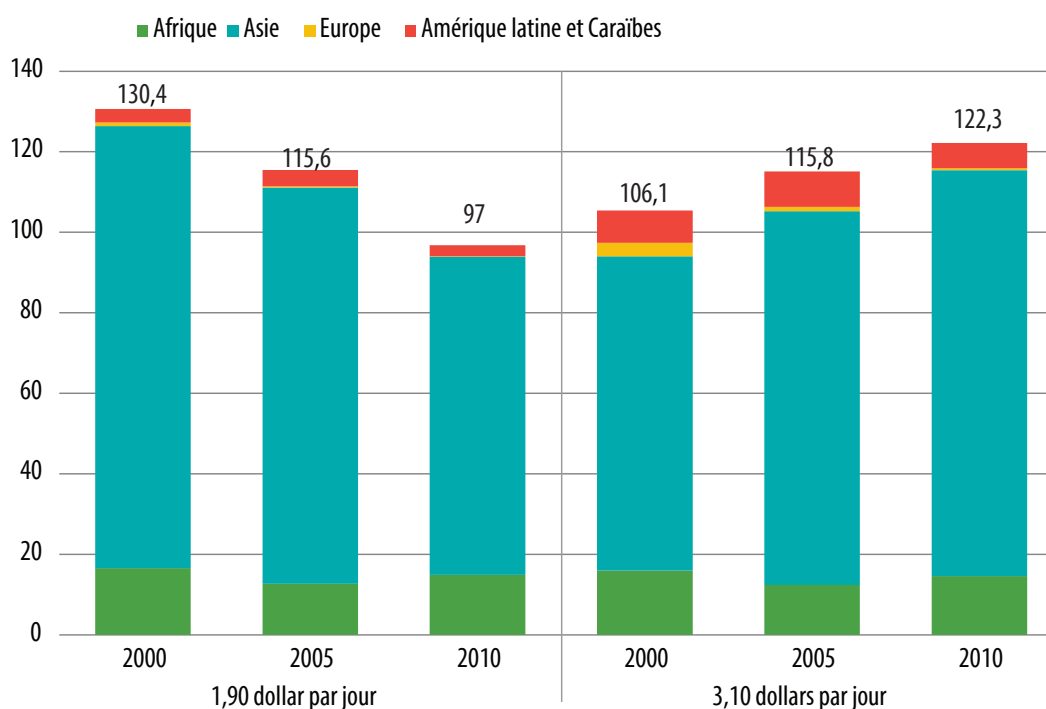
Source : base de données mondiale sur la protection financière établie par l'OMS et la Banque mondiale.

Estimations mondiales et régionales de l'appauvrissement

Si l'on regroupe les données de tous les pays, on estime qu'en 2010, 97 millions de personnes ont été appauvries par des dépenses en santé directes, au regard du seuil de pauvreté de 1,90 dollar par jour, ce qui équivaut à 1,4 % de la population mondiale (figure 2.8). Au vu du seuil de

pauvreté de 3,10 dollars par jour, le chiffre est de 122 millions (1,8 %). Les estimations pour 2010 varient d'une région des Nations Unies à l'autre, l'Asie et l'Afrique affichant les taux d'appauvrissement les plus élevés au regard du seuil de pauvreté de 1,90 dollar par jour (1,9 % et 1,4 % respectivement). Ces deux régions représentent 97 % de la population mondiale appauvrie par des dépenses directes au regard du seuil de pauvreté de 1,90 dollar par jour.

Figure 2.8. Tendances mondiales et régionales de l'appauvrissement associé aux dépenses de santé directes : seuils de pauvreté de 1,90 dollar et 3,10 dollars par jour en parité de pouvoir d'achat de 2011



Note : l'Amérique du Nord et l'Océanie ne sont pas représentées sur cette figure, car les taux d'appauvrissement dans ces deux régions sont proches de zéro ou nuls pour ces deux seuils de pauvreté internationaux. Les estimations de l'OMS et de la Banque mondiale reposent sur des définitions et des méthodes types destinées à faciliter la comparaison entre les pays qui peuvent ne pas correspondre aux méthodes utilisées au niveau régional ou national pour surveiller l'appauvrissement associé aux dépenses de santé directes. Il convient de noter que les seuils de pauvreté internationaux de 1,90 dollar et 3,10 dollars par jour sont plus adaptés aux pays à faible revenu et à revenu intermédiaire de la tranche inférieure, car le seuil de 1,90 dollar par jour correspond à des conditions d'extrême pauvreté qui sont rares dans les pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure et à revenu élevé. Les estimations mondiales s'appuient sur les données de surveillance disponibles à l'échelle mondiale, qui ne correspondent pas nécessairement aux données disponibles au niveau national ou régional.

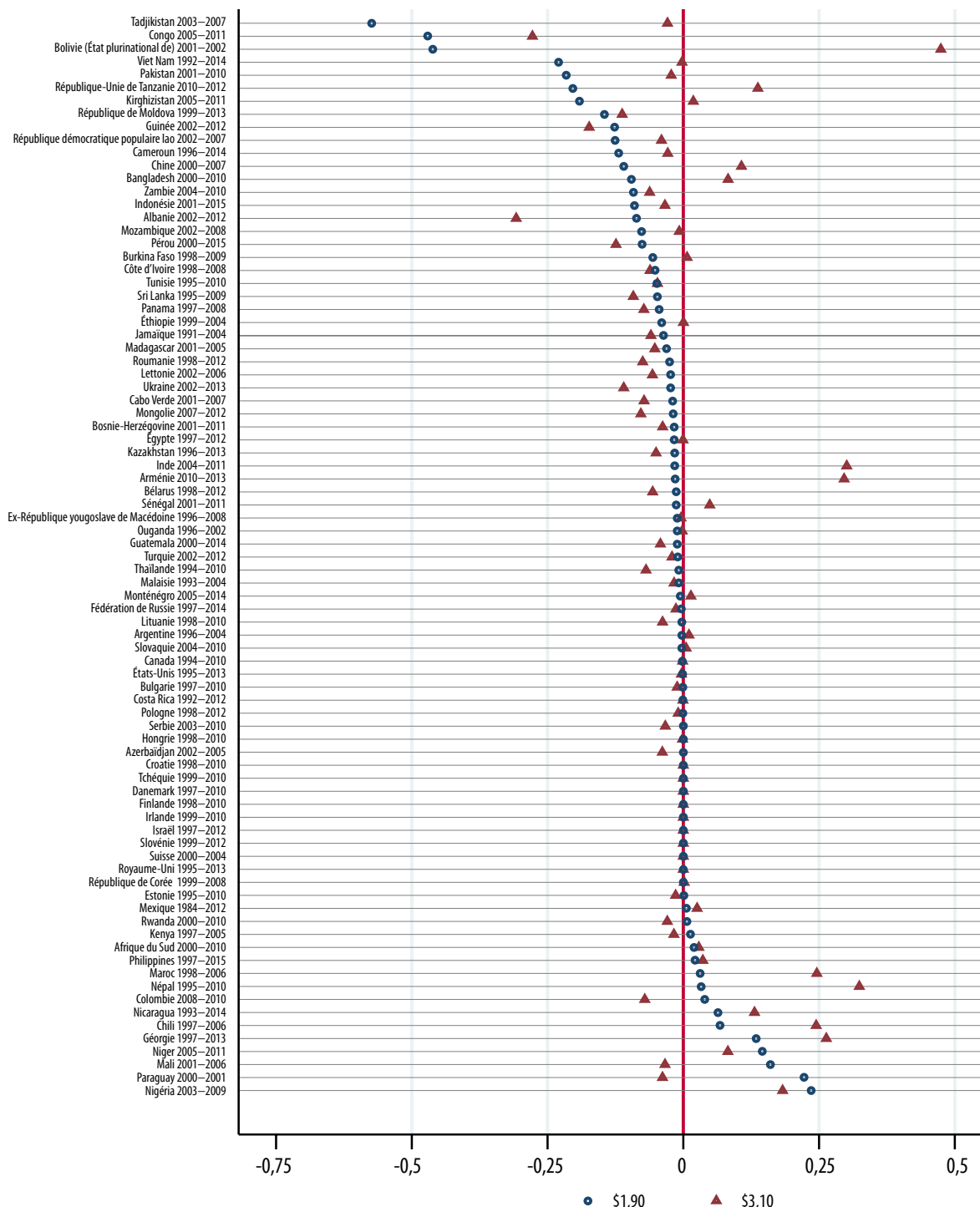
Source : base de données mondiale sur la protection financière établie par l'OMS et la Banque mondiale.

Tendances de l'appauvrissement

Au regard du seuil de 1,90 dollar par jour, la variation annuelle moyenne de l'appauvrissement varie de 0,6 % par an au Tadjikistan (2003-2007) à 0,2 % par an au Nigéria (2003-

2009) (figure 2.9). Dans 17 (20 %) des pays pour lesquels on dispose de données sur deux ans ou plus, l'incidence de l'appauvrissement des dépenses personnelles au regard du seuil de pauvreté de 1,90 dollar a augmenté avec le temps. Le chiffre pour le seuil de 3,10 dollars est de 29 %. Les variations

Figure 2.9. Variation annuelle de l'incidence de l'appauvrissement associé aux dépenses directes de santé, exprimée en points de pourcentage : seuils de pauvreté de 1,90 dollar et 3,10 dollars par jour en parité de pouvoir d'achat de 2011



Note : les estimations de l'OMS et de la Banque mondiale reposent sur des définitions et des méthodes types destinées à faciliter la comparaison entre les pays qui peuvent ne pas correspondre aux méthodes utilisées au niveau régional ou national pour surveiller l'appauvrissement associé aux dépenses de santé directes. Il convient de noter que les seuils de pauvreté internationaux de 1,90 dollar et 3,10 dollars par jour sont plus adaptés aux pays à faible revenu et à revenu intermédiaire de la tranche inférieure, car le seuil de 1,90 dollar par jour correspond à des conditions d'extrême pauvreté qui sont rares dans les pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure et à revenu élevé. Les estimations mondiales s'appuient sur les données de surveillance disponibles à l'échelle mondiale, qui ne correspondent pas nécessairement aux données disponibles au niveau national ou régional.

Source : base de données mondiale sur la protection financière établie par l'OMS et la Banque mondiale.

annuelles médianes pondérées en fonction de la population, s'agissant des taux d'appauvrissement des paiements directs, sont de 0,02 % par an au regard du seuil de 1,90 dollar par jour et de 0,11 % par an au regard du seuil de 3,10 dollars par jour.

Au regard du seuil de pauvreté de 1,90 dollar par jour, le nombre de personnes appauvries dans le monde est tombé, entre 2000 et 2010, de 130 millions (2,1 %) à 97 millions (1,4 %) (figure 2.8). En revanche, au regard du seuil de 3,10 \$ par jour, le nombre de personnes appauvries a augmenté, passant de 106 millions (1,7 %) à 122 millions (1,8 %). L'incidence de l'appauvrissement a évolué différemment d'une région des Nations Unies à l'autre entre 2000 et 2010 : l'Afrique a enregistré une diminution au regard des deux seuils de pauvreté, tandis que l'Asie a connu une forte baisse au regard du seuil de 1,90 dollar et une hausse au regard du seuil de 3,10 dollars, les valeurs obtenues en 2010 étant supérieures à celles de 2000. Ces résultats témoignent de l'augmentation du niveau de vie en Asie, hissant la population au-dessus du seuil de pauvreté plus élevé et augmentant la possibilité de voir les familles passer au-dessus du seuil de pauvreté, plutôt qu'en dessous, du fait de leurs dépenses directes en matière de santé.

Niveau des dépenses de santé appauvrissantes

L'augmentation de l'écart de pauvreté imputable aux dépenses de santé directes, dans les enquêtes les plus récentes pertinentes dans le cadre du suivi mondial, varie considérablement d'un pays à l'autre (figure 2.10) au regard du seuil de pauvreté de 3,10 dollars par jour, passant de 0 centime par habitant en dollars internationaux dans les pays à revenu élevé à un maximum de 12 centimes par habitant dans les pays à faible revenu en parité de pouvoir d'achat de 2011. Ce montant peut être interprété comme le montant par habitant par lequel, en moyenne, les dépenses directes appauvrissent le ménage ou l'appauvrissent encore davantage. Pour les 121 pays concernés, la médiane pondérée en fonction de la population de l'augmentation de l'écart de pauvreté imputable aux dépenses directes de santé est de 1,22 centimes par habitant en parité de pouvoir d'achat de 2011, au seuil de pauvreté de 1,90 dollar par jour (en parité de pouvoir d'achat de 2011) et de 3,74 centimes par habitant en parité de pouvoir d'achat de 2011, au regard du seuil de pauvreté de 3,10 dollars par jour, en parité de pouvoir d'achat de 2011.

Figure 2.10. Écart de pauvreté lié aux dépenses de santé directes, exprimé en centimes de dollar international par habitant : seuils de pauvreté de 1,90 dollar et 3,10 dollars par jour en parité de pouvoir d'achat de 2011

Seuil de 1,90 dollar

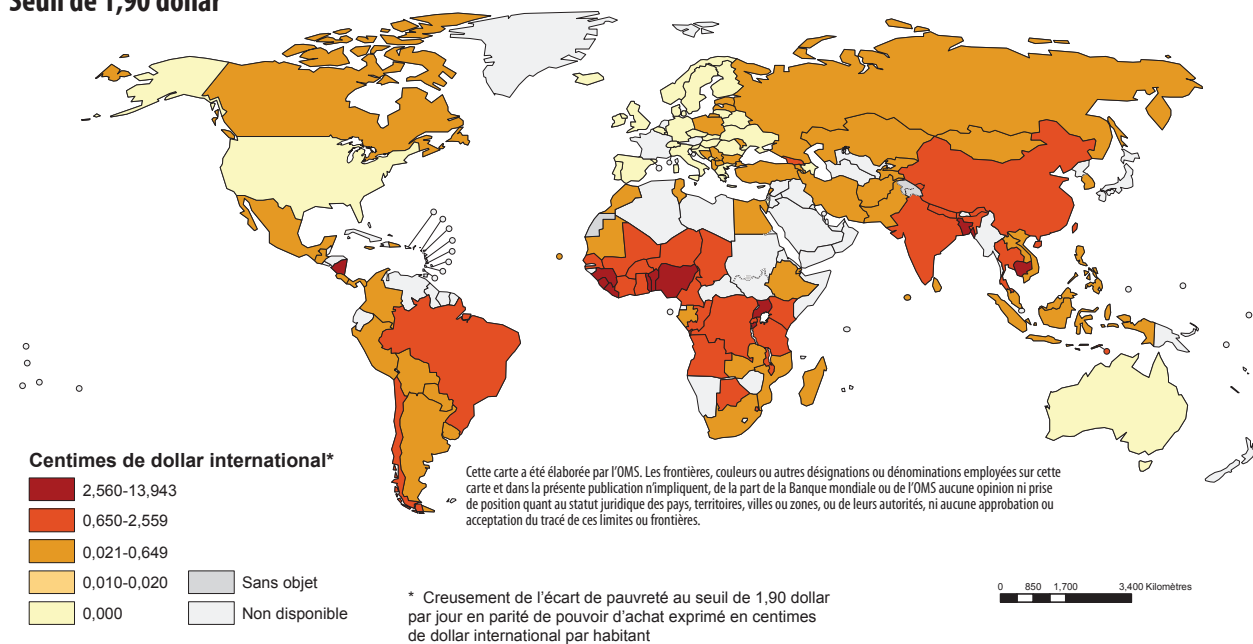
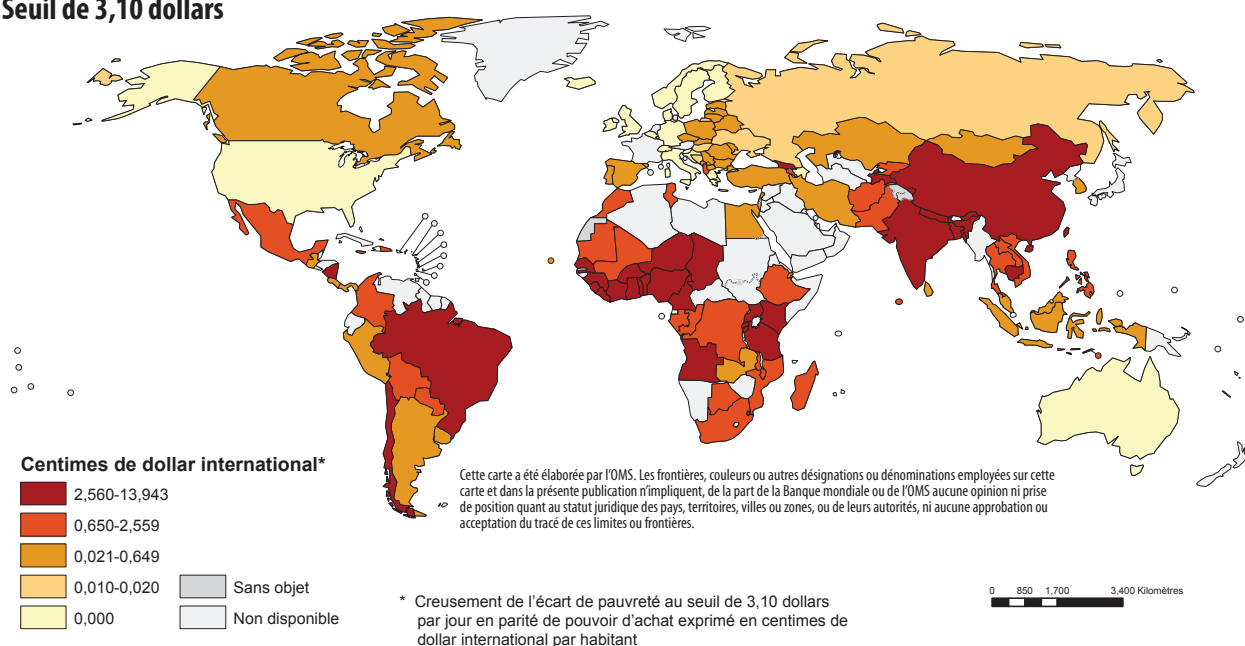


Figure 2.10. Suite

Seuil de 3,10 dollars



Centimes de dollar international : dollar international ; DSD : dépenses de santé directes.

Note : les estimations de l'OMS et de la Banque mondiale reposent sur des définitions et des méthodes types destinées à faciliter la comparaison entre les pays qui peuvent ne pas correspondre aux méthodes utilisées au niveau régional ou national pour surveiller l'appauvrissement associé aux dépenses de santé directes. Il convient de noter que les seuils de pauvreté internationaux de 1,90 dollar et 3,10 dollars par jour sont plus adaptés aux pays à faible revenu et à revenu intermédiaire de la tranche inférieure, car le seuil de 1,90 dollar par jour correspond à des conditions d'extrême pauvreté qui sont rares dans les pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure et à revenu élevé. Les estimations mondiales s'appuient sur les données de surveillance disponibles à l'échelle mondiale, qui ne correspondent pas nécessairement aux données disponibles au niveau national ou régional.

Source : base de données mondiale sur la protection financière établie par l'OMS et la Banque mondiale.

S'agissant des 84 pays pour lesquels des enquêtes sont disponibles sur une période d'au moins deux ans, les variations médianes annuelles, pondérées en fonction de la population, de l'augmentation de l'écart de pauvreté attribuable aux dépenses de santé sont de -0,12 cent par an en parité de pouvoir d'achat de 2011 au regard du seuil de 1,90 dollar par jour et de -0,03 cent par an en ppa de 2011 au regard du seuil de 3,10 dollars par jour. Ainsi, au regard du seuil de pauvreté de 1,90 dollar par jour, l'incidence et l'ampleur de l'appauvrissement ont diminué ; en revanche, au regard du seuil de 3,10 dollars par jour, l'incidence de l'appauvrissement a augmenté, mais le niveau a diminué (bien que de façon marginale).

Une faible incidence des dépenses catastrophiques ou appauvrissantes en matière de santé pourrait s'expliquer par le fait que les gens sont prémunis contre des difficultés financières que pourraient occasionner des dépenses directes des ménages, mais aussi par le fait qu'ils n'obtiennent pas les soins dont ils ont besoin, soit parce qu'ils n'y ont pas accès

soit parce qu'ils n'en ont pas les moyens. C'est pourquoi la question de la protection financière doit être débattue conjointement avec la couverture des services (encadré 2.8).

Aller de l'avant

Le présent chapitre porte sur les indicateurs de protection financière. Il y est démontré que la protection financière peut être surveillée moyennant des méthodes normalisées qui permettent d'établir des comparaisons entre pays et de constituer d'importantes mesures complémentaires aux cadres de surveillance nationaux et régionaux dans l'optique des ODD. L'objectif est de produire des indicateurs des dépenses catastrophiques de santé ventilés par groupe socioéconomique et lieu de résidence (urbain-rural) et, s'agissant des indicateurs des dépenses de santé appauvrissantes, d'utiliser d'autres seuils de pauvreté pertinents, définis à l'échelle nationale, régionale ou internationale que les seuils de pauvreté extrême et modérée.

Encadré 2.8 Couverture des services et protection financière

La couverture sanitaire universelle peut être mesurée à l'aune des indicateurs 3.8.1 et 3.8.2 des ODD se rapportant à la couverture des services et à la protection financière. L'indicateur 3.8.1 (couverture des services), un indice de couverture des services essentiels, fournit une évaluation de l'ensemble des progrès accomplis par un pays dans la prestation des services de santé essentiels de qualité dont la population a besoin. Les valeurs élevées de l'indice indiquent des niveaux élevés de couverture des services. La prestation des services de santé doit toujours être financée. Lorsque ce financement est assuré par les dépenses directes des ménages, cela entraîne souvent des difficultés financières. A cette fin, l'indicateur 3.8.2 (protection financière) détermine la proportion de la population confrontée à des dépenses catastrophiques définies comme la population dont les dépenses de santé dépassent 10 % ou 25 % du montant total des dépenses ou du revenu du ménage. La faible incidence des dépenses catastrophiques peut s'expliquer par la capacité du système de financement des soins de santé à limiter les paiements directs, mais elle peut être également due à de faibles niveaux de couverture des services.

Pour évaluer les niveaux conjoints de couverture des services et de protection financière en utilisant les indicateurs ODD, l'échantillon est limité aux pays disposant de données primaires sur les dépenses de santé catastrophiques pour la période 2008-2015 et de sources de données primaires pour plus de la moitié des composantes de l'indice de couverture des services. Il s'agit de 76 pays qui représentaient 62 % de la population mondiale en 2015, dont 9 pays classés comme ayant un faible revenu en 2015 (32 % de la population de ces pays en 2015), 23 pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure en 2015 (87 % de la population de ces pays), 21 pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure en 2015 (37 % de la population de ces pays) et 23 pays à revenu élevé en 2015 (69 % de la population de ces pays).

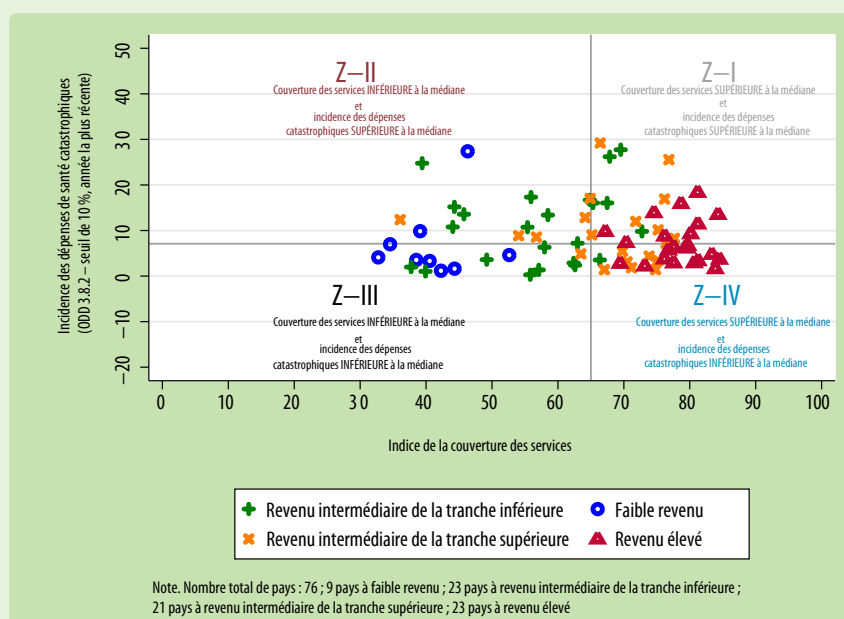
La figure ci-dessous est divisée en quatre zones délimitées par la valeur médiane de l'indice de couverture des services dans 183 pays et l'incidence médiane des dépenses catastrophiques au regard du seuil de 10 % dans 132 pays pour lesquels il existe des données primaires. L'utilisation de l'incidence médiane des dépenses catastrophiques au regard du seuil de 25 % ne donne des résultats différents que dans quelques cas présentés en détail ci-après, mais qui ne figurent pas dans le graphique. Les valeurs médianes sont forcément fonction de la composition de l'échantillon, si bien que toute comparaison entre pays est relative et que des cibles ne sauraient être établies sur cette base.

Au total, 22 pays ont des taux comparativement élevés de couverture des services et de protection financière, ce qui est l'objectif de la CSU (Z-IV). Vingt-deux autres pays ont des valeurs très élevées de l'indice de couverture des services, mais l'incidence des dépenses catastrophiques y est également relativement élevée (Z-I). Les 23 pays à revenu élevé ont tous des niveaux de couverture de services supérieurs à la médiane (Z-IV ou Z-I), mais tous ne réussissent pas aussi bien à prémunir les ménages contre les dépenses catastrophiques. La proportion de personnes consacrant plus de 10 % du budget de leur ménage à la santé est supérieure aux taux d'incidence médians dans 39 % des pays à revenu élevé et 43 % au regard du seuil de 25 %. Dans un pays donné, l'incidence des dépenses catastrophiques est toujours plus faible au regard du seuil de 25 % que du seuil de 10 %, mais par rapport à l'ensemble des pays, il peut se situer au-dessus de la médiane au regard d'un seuil, mais non de l'autre.

Dans 16 pays, bon nombre de personnes doivent faire face à de lourdes dépenses, mais la couverture moyenne des services est faible (Z-II). Pour 16 autres pays, la difficulté consisterait à accroître la couverture des services sans aggraver les difficultés financières (Z-III). Sur 9 pays à faible revenu, 7 sont dans la catégorie Z-III. Dans ces pays, la couverture des services est faible et c'est peut-être pour cette raison que la proportion de la population qui consacre plus de 10% ou 25% de son budget à la santé est également faible. Les 23 pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure, qui ont fait l'objet de l'analyse, se caractérisent surtout par un indice de couverture du service inférieur aux niveaux médians (Z-II ou Z-III) et par un indice de couverture du service supérieur aux niveaux médians pour les pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure

(Z-IV ou Z-I). Pour ce qui est de l'incidence des dépenses de santé catastrophiques, les 23 pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure sont surtout au-dessus du taux d'incidence médian, alors que les données factuelles sont mixtes pour les pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure, la plupart d'entre elles se caractérisant par des taux d'incidence supérieurs à la médiane au regard du seuil de 10 %, mais inférieurs à la médiane au regard du seuil de 25 %.

Covisualisation de l'indice de la couverture des services et de l'incidence des dépenses catastrophiques correspondant aux dépenses directes dépassant 10 % du montant total de la consommation ou du revenu du ménage dans différents pays



Bibliographie

1. Wagstaff A, van Doorslaer E. Catastrophe and impoverishment in paying for health care: with applications to Vietnam 1993-1998. *Health Economics*. 2003;12(11):921-34.
2. Xu K, Evans DB, Carrin G, Aguilar-Rivera AM, Musgrove P, Evans T. Protecting households from catastrophic health spending. *Health Aff (Millwood)*. 2007;26(4):972-83.
3. Xu K, Evans DB, Kawabata K, Zeramdini R, Klavus J, Murray CJ. Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis. *Lancet*. 2003;362(9378):111-7.
4. Wagstaff A, Eozenou P. CATA meets IMPOV: a unified approach to measuring financial protection in health [Policy Research Working Paper Series: 6861]. Washington DC: The World Bank; 2014.
5. Flores G, Krishnakumar J, O'Donnell O, van Doorslaer E. Coping with health-care costs: implications for the measurement of catastrophic expenditures and poverty. *Health Econ*. 2008 Dec 17(12):1393-412.
6. Deaton A, Zaidi S. Guidelines for constructing consumption aggregates for welfare analysis. *Living Standards Measurement Study Working Paper*, no. 135. Washington DC: The World Bank; 2002.
7. Thomson S, Evetovits T, Cylus J, Jakab M. Monitoring financial protection to assess progress towards universal health coverage in Europe. *Public Health Panorama*. 2016;2(3):357-66.
8. Ferreira FHG. A global count of the extreme poor in 2012: data issues, methodology and initial results. *Journal of Economic Inequality*. 2016;14(2):141-72.
9. Wagstaff A, Flores G, Smitz M-F, Hsu J, Chepynoga K, Eozenou P. Progress on impoverishing health spending: results for 122 countries. A retrospective observational study. 2017. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X\(17\)30486-2](http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30486-2)
10. Wagstaff A, Flores G, Hsu J, Smitz M-F, Chepynoga K, Buisman LR et al. Progress on catastrophic health spending: results for 133 countries. A retrospective observational study. *Lancet Global Health*. 2017. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X\(17\)30429-1](http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30429-1)
11. A measured approach to ending poverty and boosting shared prosperity: concepts, data and the twin goals [Policy Research Report]. Washington DC: The World Bank; 2015.
12. Thomson S, Cylus J, Evetovits T. How you measure matters: monitoring financial protection to generate policy-relevant evidence for universal health coverage – lessons from Europe. Organized session 9 July 2017. In: IHEA 12th World Congress in Health Economics, 8-11 July 2017, Boston, MA, USA.
13. Taube M, Vaskis E, Nesterenko O. Can people afford to pay for health care? New evidence from Latvia. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; forthcoming 2018.



ANNEXES



Annexe 1.

UHC indicators (service coverage and financial protection) by country

Annexe 1	Indice de la couverture des services de la CSU (ODD 3.8.1)	Disponibilité de données permettant de mesurer l'indicateur 3.8.1 ^a des ODD relatif à la CSU	Disponibilité d'estimations de l'indicateur 3.8.2 des ODD relatif à la CSU	Estimation disponible la plus récente de l'indicateur 3.8.2 des ODD relatif à la CSU (année)	Indicateur 3.8.2 des ODD relatif à la CSU (année la plus récente) : incidence des dépenses catastrophiques (%)	
					Équivalent à 10 % de la consommation ou du revenu total du ménage	Équivalent à 25 % de la consommation ou du revenu total du ménage
Pays						
Afghanistan	34	Élevée	Disponibles	2007	4.84	0.07
Albanie	62	Faible	Disponibles	2012	16.72	4.95
Algérie	76	Élevée	Non disponibles	—	—	—
Angola	36	Moyenne	Disponibles	2008	12.38	4.54
Antigua-et-Barbuda	75	Moyenne	Non disponibles	—	—	—
Argentine	76	Élevée	Disponibles	2004	16.90	4.70
Arménie	67	Élevée	Disponibles	2013	16.05	4.87
Australie	≥80	Élevée	Disponibles	2010	3.71	0.50
Autriche	≥80	Moyenne	Disponibles	1999	4.31	0.66
Azerbaïdjan	64	Moyenne	Disponibles	2005	8.12	1.10
Bahamas	72	Moyenne	Non disponibles	—	—	—
Bahreïn	72	Moyenne	Non disponibles	—	—	—
Bangladesh	46	Élevée	Disponibles	2010	13.57	4.84
Barbade	79	Élevée	Non disponibles	—	—	—
Bélarus	74	Élevée	Disponibles	2012	4.38	0.15
Belgique	≥80	Moyenne	Disponibles	2010	11.45	1.39
Belize	61	Élevée	Non disponibles	—	—	—
Bénin	41	Élevée	Disponibles	2003	11.11	0.85
Bhoutan	59	Élevée	Non disponibles	—	—	—
Bolivie (État plurinational de)	60	Moyenne	Disponibles	2002	8.23	3.20
Bosnie-Herzégovine	57	Élevée	Disponibles	2011	8.56	1.27
Botswana	60	Moyenne	Disponibles	1993	8.54	1.82
Brésil	77	Élevée	Disponibles	2008	25.56	3.46
Brunéi Darussalam	≥80	Moyenne	Non disponibles	—	—	—
Bulgarie	64	Moyenne	Disponibles	2010	12.84	0.76
Burkina Faso	39	Élevée	Disponibles	2009	3.52	0.62
Burundi	43	Élevée	Disponibles	2006	15.03	4.25
Cabo Verde	62	Moyenne	Disponibles	2007	2.05	0.02
Cambodge	55	Élevée	Disponibles	2009	19.97	5.64
Cameroun	44	Élevée	Disponibles	2014	10.78	2.98
Canada	≥80	Faible	Disponibles	2010	2.64	0.51
République centrafricaine	33	Moyenne	Non disponibles	—	—	—
Tchad	29	Moyenne	Disponibles	2003	6.28	0.22
Chili	70	Moyenne	Disponibles	2006	33.07	11.52
Chine	76	Moyenne	Disponibles	2007	17.71	4.76
Colombie	76	Élevée	Disponibles	2010	16.92	2.82
Comores	47	Élevée	Non disponibles	—	—	—
Congo	38	Élevée	Disponibles	2011	1.97	0.36
Costa Rica	75	Élevée	Disponibles	2012	10.13	1.81
Côte d'Ivoire	44	Moyenne	Disponibles	2008	15.19	3.57
Croatie	69	Élevée	Disponibles	2010	2.80	0.26
Cuba	78	Élevée	Non disponibles	—	—	—
Chypre	73	Faible	Disponibles	2010	16.07	1.50
Tchéquie	73	Moyenne	Disponibles	2010	2.22	0.05
République populaire démocratique de Corée	68	Faible	Non disponibles	—	—	—

Disponibilité d'estimations des dépenses de santé appauvrissantes	Incidence de l'appauvrissement lié à des dépenses directes de santé (%)		Écart de pauvreté associé aux dépenses directes de santé, exprimé en centimes de dollar international en parité de pouvoir d'achat 2011		Pays
	Seuil de pauvreté : 1,90 dollar par jour en parité de pouvoir d'achat de 2011	Seuil de pauvreté : 3,10 dollars par jour en parité de pouvoir d'achat de 2011	Seuil de pauvreté : 1,90 dollar par jour en parité de pouvoir d'achat de 2011	Seuil de pauvreté : 3,10 dollars par jour en parité de pouvoir d'achat de 2011	
Disponibles	0.58	2.55	0.25	2.16	Afghanistan
Disponibles	0.36	1.42	0.12	1.08	Albanie
Non disponibles	—	—	—	—	Algérie
Disponibles	2.01	2.55	1.47	4.36	Angola
Non disponibles	—	—	—	—	Antigua-et-Barbuda
Disponibles	0.24	0.62	0.11	0.63	Argentine
Disponibles	0.49	2.57	0.18	1.83	Arménie
Disponibles	0.00	0.00	0.00	0.00	Australie
Non disponibles	—	—	—	—	Autriche
Disponibles	0.00	0.00	0.00	0.00	Azerbaïdjan
Non disponibles	—	—	—	—	Bahamas
Non disponibles	—	—	—	—	Bahreïn
Disponibles	4.51	4.08	6.47	12.23	Bangladesh
Non disponibles	—	—	—	—	Barbade
Disponibles	0.00	0.00	0.00	0.00	Bélarus
Disponibles	0.00	0.00	0.00	0.00	Belgique
Non disponibles	—	—	—	—	Belize
Disponibles	3.09	2.04	2.96	6.12	Bénin
Non disponibles	—	—	—	—	Bhoutan
Disponibles	0.74	1.67	0.60	1.95	Bolivie (État plurinational de)
Disponibles	0.00	0.03	0.00	0.02	Bosnie-Herzégovine
Disponibles	0.87	1.09	1.18	2.42	Botswana
Disponibles	1.04	2.01	0.74	2.58	Brésil
Non disponibles	—	—	—	—	Brunéi Darussalam
Disponibles	0.00	0.13	0.00	0.11	Bulgarie
Disponibles	1.15	0.93	1.55	2.70	Burkina Faso
Disponibles	2.05	1.03	3.23	4.97	Burundi
Disponibles	0.14	0.26	0.09	0.48	Cabo Verde
Disponibles	2.99	6.15	8.19	13.94	Cambodge
Disponibles	1.86	1.86	1.15	3.44	Cameroun
Disponibles	0.03	0.03	0.12	0.16	Canada
Non disponibles	—	—	—	—	République centrafricaine
Disponibles	1.36	0.82	2.03	3.46	Tchad
Disponibles	0.65	2.59	0.73	2.65	Chili
Disponibles	2.13	3.09	1.22	4.49	Chine
Disponibles	0.47	0.91	0.20	0.97	Colombie
Non disponibles	—	—	—	—	Comores
Disponibles	0.71	1.05	0.70	1.74	Congo
Disponibles	0.09	0.43	0.09	0.36	Costa Rica
Disponibles	2.98	3.34	2.22	6.02	Côte d'Ivoire
Disponibles	0.00	0.00	0.00	0.00	Croatie
Non disponibles	—	—	—	—	Cuba
Disponibles	0.00	0.00	0.00	0.00	Chypre
Disponibles	0.00	0.00	0.00	0.00	Tchéquie
Non disponibles	—	—	—	—	République populaire démocratique de Corée

Annexe 1
Pays

	Indice de la couverture des services de la CSU (ODD 3.8.1)	Disponibilité de données permettant de mesurer l'indicateur 3.8.1 ^a des ODD relatif à la CSU	Disponibilité d'estimations de l'indicateur 3.8.2 des ODD relatif à la CSU	Estimation disponible la plus récente de l'indicateur 3.8.2 des ODD relatif à la CSU (année)	Indicateur 3.8.2 des ODD relatif à la CSU (année la plus récente) : incidence des dépenses catastrophiques (%)	
					Équivalent à 10 % de la consommation ou du revenu total du ménage	Équivalent à 25 % de la consommation ou du revenu total du ménage
République démocratique du Congo	40	Moyenne	Disponibles	2004	5.81	0.84
Danemark	≥80	Moyenne	Disponibles	2010	2.93	0.49
Djibouti	47	Moyenne	Disponibles	1996	1.42	0.04
République dominicaine	74	Élevée	Disponibles	2007	17.00	4.36
Équateur	75	Élevée	Disponibles	1998	15.23	3.28
Égypte	68	Élevée	Disponibles	2012	26.20	3.90
El Salvador	77	Élevée	Non disponibles	—	—	—
Guinée équatoriale	45	Moyenne	Non disponibles	—	—	—
Érythrée	38	Élevée	Non disponibles	—	—	—
Estonie	76	Moyenne	Disponibles	2010	8.79	1.19
Éthiopie	39	Élevée	Disponibles	2004	0.82	0.18
Fidji	66	Élevée	Disponibles	2002	3.37	0.24
Finlande	79	Moyenne	Disponibles	2010	6.35	0.97
France	≥80	Moyenne	Non disponibles	—	—	—
Gabon	52	Moyenne	Disponibles	2005	5.67	0.22
Gambie	46	Élevée	Non disponibles	—	—	—
Géorgie	66	Élevée	Disponibles	2013	29.21	8.98
Allemagne	79	Moyenne	Disponibles	1993	1.41	0.07
Ghana	45	Élevée	Disponibles	2005	3.11	0.49
Grèce	70	Faible	Disponibles	2010	14.64	1.78
Grenade	72	Moyenne	Non disponibles	—	—	—
Guatemala	57	Élevée	Disponibles	2014	1.36	0.04
Guinée	35	Moyenne	Disponibles	2012	6.97	1.25
Guinée-Bissau	39	Moyenne	Non disponibles	—	—	—
Guyana	68	Élevée	Non disponibles	—	—	—
Haïti	47	Élevée	Non disponibles	—	—	—
Honduras	64	Moyenne	Disponibles	1998	3.45	0.43
Hongrie	70	Moyenne	Disponibles	2010	7.38	0.31
Islande	≥80	Moyenne	Disponibles	1995	6.90	0.94
Inde	56	Élevée	Disponibles	2011	17.33	3.90
Indonésie	49	Élevée	Disponibles	2015	3.61	0.41
Iran (Républic islamique d')	65	Élevée	Non disponibles	2013	15.81	3.76
Iraq	63	Moyenne	Non disponibles	—	—	—
Irlande	78	Moyenne	Disponibles	2010	6.40	0.69
Israël	≥80	Moyenne	Disponibles	2012	6.72	0.95
Italie	≥80	Moyenne	Disponibles	2010	9.29	1.08
Jamaïque	60	Moyenne	Disponibles	2004	10.20	2.88
Japon	≥80	Moyenne	Disponibles	2008	6.17	2.01
Jordanie	70	Moyenne	Disponibles	2006	5.31	0.91
Kazakhstan	71	Élevée	Disponibles	2013	1.83	0.08
Kenya	57	Élevée	Disponibles	2005	5.83	1.51
Kiribati	40	Faible	Non disponibles	—	—	—
Koweït	77	Moyenne	Non disponibles	—	—	—
Kirghizistan	66	Élevée	Disponibles	2011	3.54	0.81
République démocratique populaire lao	48	Élevée	Disponibles	2007	2.98	0.26
Lettonie	64	Moyenne	Disponibles	2006	10.91	1.83
Liban	68	Moyenne	Disponibles	1999	44.85	10.03
Lesotho	45	Élevée	Disponibles	2002	1.80	0.21
Libéria	34	Élevée	Disponibles	2007	7.86	1.60

Disponibilité d'estimations des dépenses de santé appauvrissantes	Incidence de l'appauvrissement lié à des dépenses directes de santé (%)		Écart de pauvreté associé aux dépenses directes de santé, exprimé en centimes de dollar international en parité de pouvoir d'achat 2011		Pays
	Seuil de pauvreté : 1,90 dollar par jour en parité de pouvoir d'achat de 2011	Seuil de pauvreté : 3,10 dollars par jour en parité de pouvoir d'achat de 2011	Seuil de pauvreté : 1,90 dollar par jour en parité de pouvoir d'achat de 2011	Seuil de pauvreté : 3,10 dollars par jour en parité de pouvoir d'achat de 2011	
Disponibles	0.12	0.12	1.42	1.59	République démocratique du Congo
Disponibles	0.00	0.00	0.00	0.00	Danemark
Disponibles	0.13	0.05	0.08	0.35	Djibouti
Disponibles	0.41	1.63	0.12	1.36	République dominicaine
Non disponibles	–	–	–	–	Équateur
Disponibles	0.12	1.07	0.04	0.62	Égypte
Non disponibles	–	–	–	–	El Salvador
Non disponibles	–	–	–	–	Guinée équatoriale
Non disponibles	–	–	–	–	Érythrée
Disponibles	0.00	0.08	0.01	0.06	Estonie
Disponibles	0.44	0.35	0.42	0.90	Éthiopie
Non disponibles	–	–	–	–	Fidji
Disponibles	0.00	0.00	0.00	0.00	Finlande
Non disponibles	–	–	–	–	France
Disponibles	0.64	1.11	0.20	1.06	Gabon
Non disponibles	–	–	–	–	Gambie
Disponibles	3.07	5.33	2.18	7.28	Géorgie
Disponibles	0.00	0.00	0.00	0.00	Allemagne
Non disponibles	–	–	–	–	Ghana
Disponibles	0.00	0.00	0.00	0.00	Grèce
Non disponibles	–	–	–	–	Grenade
Disponibles	0.29	0.22	0.03	0.26	Guatemala
Disponibles	2.48	1.46	9.07	11.61	Guinée
Non disponibles	–	–	–	–	Guinée-Bissau
Non disponibles	–	–	–	–	Guyana
Non disponibles	–	–	–	–	Haïti
Non disponibles	–	–	–	–	Honduras
Disponibles	0.00	0.03	0.00	0.02	Hongrie
Disponibles	0.00	0.00	0.00	0.00	Islande
Disponibles	4.16	4.61	2.13	7.69	Inde
Disponibles	0.07	0.66	0.01	0.39	Indonésie
Non disponibles	0.1	0.01	0.17	0.09	Iran (Républic islamique d')
Non disponibles	–	–	–	–	Iraq
Disponibles	0.00	0.00	0.00	0.00	Irlande
Disponibles	0.00	0.00	0.00	0.00	Israël
Disponibles	0.00	0.00	0.00	0.00	Italie
Disponibles	0.50	1.16	0.24	1.22	Jamaïque
Non disponibles	–	–	–	–	Japon
Non disponibles	–	–	–	–	Jordanie
Disponibles	0.00	0.02	0.00	0.01	Kazakhstan
Disponibles	1.36	1.61	1.52	3.36	Kenya
Non disponibles	–	–	–	–	Kiribati
Non disponibles	–	–	–	–	Koweït
Disponibles	0.33	0.90	0.16	0.91	Kirghizistan
Disponibles	0.40	0.99	0.18	1.21	République démocratique populaire lao
Disponibles	0.04	0.11	0.00	0.06	Lettonie
Disponibles	0.03	0.03	0.01	0.04	Liban
Non disponibles	–	–	–	–	Lesotho
Disponibles	2.19	0.62	2.86	4.14	Libéria

Annexe 1
Pays

	Indice de la couverture des services de la CSU (ODD 3.8.1)	Disponibilité de données permettant de mesurer l'indicateur 3.8.1 ^a des ODD relatif à la CSU	Disponibilité d'estimations de l'indicateur 3.8.2 des ODD relatif à la CSU	Estimation disponible la plus récente de l'indicateur 3.8.2 des ODD relatif à la CSU (année)	Indicateur 3.8.2 des ODD relatif à la CSU (année la plus récente) : incidence des dépenses catastrophiques (%)	
					Équivalent à 10 % de la consommation ou du revenu total du ménage	Équivalent à 25 % de la consommation ou du revenu total du ménage
Libye	63	Faible	Non disponibles	—	—	—
Lithuanie	67	Moyenne	Disponibles	2010	9.79	1.64
Luxembourg	≥80	Moyenne	Disponibles	2010	3.38	0.15
Madagascar	30	Moyenne	Disponibles	2005	0.77	0.03
Malawi	44	Élevée	Disponibles	2010	1.64	0.10
Malaisie	70	Élevée	Disponibles	2004	0.74	0.04
Maldives	55	Faible	Disponibles	2009	20.14	1.61
Mali	32	Élevée	Disponibles	2006	3.38	0.09
Malte	79	Moyenne	Disponibles	2010	15.93	2.81
Mauritanie	33	Moyenne	Disponibles	2004	10.54	1.81
Maurice	64	Moyenne	Disponibles	1996	6.79	1.02
Mexique	76	Élevée	Disponibles	2012	7.13	1.91
Micronésie (États fédérés de)	60	Faible	Non disponibles	—	—	—
Mongolie	63	Élevée	Disponibles	2012	2.39	0.46
Monténégro	54	Élevée	Disponibles	2014	8.86	0.96
Maroc	65	Moyenne	Disponibles	2006	22.00	2.70
Mozambique	42	Élevée	Disponibles	2008	1.19	0.31
Myanmar	60	Élevée	Non disponibles	—	—	—
Namibie	59	Élevée	Non disponibles	—	—	—
Népal	46	Élevée	Disponibles	2010	27.41	3.31
Pays-Bas	≥80	Moyenne	Non disponibles	—	—	—
Nouvelle-Zélande	≥80	Moyenne	Non disponibles	—	—	—
Nicaragua	70	Moyenne	Disponibles	2014	27.74	8.89
Niger	33	Élevée	Disponibles	2011	4.14	0.36
Nigéria	39	Élevée	Disponibles	2009	24.77	8.92
Norvège	≥80	Moyenne	Disponibles	1998	5.09	0.50
Oman	72	Moyenne	Disponibles	1999	0.63	0.10
Pakistan	40	Élevée	Disponibles	2010	1.03	0.02
Panama	75	Élevée	Disponibles	2008	1.41	0.22
Papouasie-Nouvelle-Guinée	41	Faible	Non disponibles	—	—	—
Paraguay	69	Moyenne	Disponibles	2001	10.32	2.04
Pérou	78	Élevée	Disponibles	2015	8.29	1.21
Philippines	58	Élevée	Disponibles	2015	6.31	1.41
Pologne	75	Moyenne	Disponibles	2012	13.93	1.61
Portugal	≥80	Moyenne	Disponibles	2010	18.38	3.31
Qatar	77	Élevée	Non disponibles	—	—	—
République de Corée	≥80	Élevée	Disponibles	2008	13.53	4.01
République de Moldova	65	Élevée	Disponibles	2013	16.05	3.56
Roumanie	72	Moyenne	Disponibles	2012	11.99	2.29
Fédération de Russie	63	Moyenne	Disponibles	2014	4.87	0.60
Rwanda	53	Élevée	Disponibles	2010	4.61	0.70
Sainte-Lucie	69	Moyenne	Non disponibles	—	—	—
Saint-Vincent-et-les-Grenadines	65	Faible	Non disponibles	—	—	—
Samoa	56	Élevée	Non disponibles	—	—	—
Sao Tomé-et-Principe	54	Moyenne	Disponibles	2000	10.20	0.96
Arabie saoudite	68	Moyenne	Non disponibles	—	—	—
Sénégal	41	Élevée	Disponibles	2011	3.33	0.19
Serbie	65	Élevée	Disponibles	2010	9.04	0.74
Seychelles	68	Moyenne	Non disponibles	—	—	—
Sierra Leone	36	Élevée	Disponibles	2003	10.42	0.64
Singapour	≥80	Moyenne	Non disponibles	—	—	—

Disponibilité d'estimations des dépenses de santé appauvrissantes	Incidence de l'appauvrissement lié à des dépenses directes de santé (%)		Écart de pauvreté associé aux dépenses directes de santé, exprimé en centimes de dollar international en parité de pouvoir d'achat 2011		Pays
	Seuil de pauvreté : 1,90 dollar par jour en parité de pouvoir d'achat de 2011	Seuil de pauvreté : 3,10 dollars par jour en parité de pouvoir d'achat de 2011	Seuil de pauvreté : 1,90 dollar par jour en parité de pouvoir d'achat de 2011	Seuil de pauvreté : 3,10 dollars par jour en parité de pouvoir d'achat de 2011	
Non disponibles	—	—	—	—	Libye
Disponibles	0.00	0.01	0.00	0.00	Lithuanie
Disponibles	0.00	0.00	0.00	0.00	Luxembourg
Disponibles	0.20	0.11	0.60	0.77	Madagascar
Disponibles	0.52	0.33	0.86	1.41	Malawi
Disponibles	0.09	0.23	0.02	0.13	Malaisie
Disponibles	0.52	0.63	0.19	1.29	Maldives
Disponibles	1.91	0.95	1.14	2.40	Mali
Disponibles	0.00	0.00	0.00	0.00	Malte
Disponibles	0.65	1.21	0.30	1.52	Mauritanie
Non disponibles	—	—	—	—	Maurice
Disponibles	0.28	0.69	0.08	0.66	Mexique
Non disponibles	—	—	—	—	Micronésie (États fédérés de)
Disponibles	0.02	0.15	0.01	0.10	Mongolie
Disponibles	0.00	0.26	0.00	0.04	Monténégro
Disponibles	0.63	3.18	0.27	2.42	Maroc
Disponibles	0.23	0.12	0.47	0.70	Mozambique
Non disponibles	—	—	—	—	Myanmar
Non disponibles	—	—	—	—	Namibie
Disponibles	1.85	5.63	1.00	6.11	Népal
Non disponibles	—	—	—	—	Pays-Bas
Non disponibles	—	—	—	—	Nouvelle-Zélande
Disponibles	3.08	5.20	5.35	10.08	Nicaragua
Disponibles	1.64	0.99	1.51	3.21	Niger
Disponibles	3.72	3.63	3.33	7.87	Nigéria
Disponibles	0.00	0.00	0.00	0.00	Norvège
Non disponibles	—	—	—	—	Oman
Disponibles	1.00	2.44	0.28	2.53	Pakistan
Disponibles	0.04	0.04	0.02	0.09	Panama
Non disponibles	—	—	—	—	Papouasie-Nouvelle-Guinée
Disponibles	0.31	0.51	0.08	0.76	Paraguay
Disponibles	0.05	0.20	0.01	0.15	Pérou
Disponibles	0.83	1.44	0.41	1.86	Philippines
Disponibles	0.00	0.09	0.00	0.03	Pologne
Disponibles	0.00	0.00	0.00	0.00	Portugal
Non disponibles	—	—	—	—	Qatar
Disponibles	0.00	0.04	0.00	0.02	République de Corée
Disponibles	0.00	0.43	0.01	0.27	République de Moldova
Disponibles	0.00	0.30	0.00	0.14	Roumanie
Disponibles	0.00	0.01	0.01	0.01	Fédération de Russie
Disponibles	0.94	0.39	1.81	2.56	Rwanda
Non disponibles	—	—	—	—	Sainte-Lucie
Non disponibles	—	—	—	—	Saint-Vincent-et-les-Grenadines
Non disponibles	—	—	—	—	Samoa
Non disponibles	—	—	—	—	Sao Tomé-et-Principe
Non disponibles	—	—	—	—	Arabie saoudite
Disponibles	1.10	1.42	1.24	3.06	Sénégal
Disponibles	0.05	0.16	0.01	0.14	Serbie
Non disponibles	—	—	—	—	Seychelles
Disponibles	2.56	1.30	3.47	5.78	Sierra Leone
Non disponibles	—	—	—	—	Singapour

Annexe 1
Pays

	Indice de la couverture des services de la CSU (ODD 3.8.1)	Disponibilité de données permettant de mesurer l'indicateur 3.8.1 ^a des ODD relatif à la CSU	Disponibilité d'estimations de l'indicateur 3.8.2 des ODD relatif à la CSU	Estimation disponible la plus récente de l'indicateur 3.8.2 des ODD relatif à la CSU (année)	Indicateur 3.8.2 des ODD relatif à la CSU (année la plus récente) : incidence des dépenses catastrophiques (%)	
					Équivalent à 10 % de la consommation ou du revenu total du ménage	Équivalent à 25 % de la consommation ou du revenu total du ménage
Slovaquie	76	Moyenne	Disponibles	2010	3.77	0.44
Slovénie	78	Moyenne	Disponibles	2012	2.90	0.26
Îles Salomon	50	Moyenne	Non disponibles	—	—	—
Somalie	22	Moyenne	Non disponibles	—	—	—
Afrique du Sud	67	Moyenne	Disponibles	2010	1.41	0.12
Soudan du Sud	30	Moyenne	Non disponibles	—	—	—
Espagne	77	Moyenne	Disponibles	2010	5.73	1.21
Sri Lanka	62	Moyenne	Disponibles	2009	2.89	0.10
Soudan	43	Moyenne	Non disponibles	—	—	—
Suriname	68	Élevée	Non disponibles	—	—	—
Swaziland	58	Élevée	Disponibles	2009	13.39	2.04
Suède	≥80	Moyenne	Disponibles	1996	5.53	0.69
Suisse	≥80	Moyenne	Disponibles	2004	19.70	6.68
République arabe syrienne	60	Faible	Non disponibles	—	—	—
Tadjikistan	65	Moyenne	Disponibles	2007	11.30	2.72
Thaïlande	75	Élevée	Disponibles	2010	3.38	0.68
Ex-République yougoslave de Macédoine	70	Moyenne	Disponibles	2008	5.44	0.57
Timor-Leste	47	Moyenne	Disponibles	2001	2.59	0.00
Togo	42	Élevée	Disponibles	2006	10.65	0.02
Tonga	62	Moyenne	Non disponibles	—	—	—
Trinité-et-Tobago	75	Moyenne	Non disponibles	—	—	—
Tunisie	65	Élevée	Disponibles	2010	16.69	2.37
Turquie	71	Élevée	Disponibles	2012	3.10	0.32
Turkménistan	67	Moyenne	Non disponibles	—	—	—
Ouganda	44	Élevée	Disponibles	2002	12.01	2.57
Ukraine	63	Élevée	Disponibles	2013	7.21	1.07
Émirats arabes unis	63	Faible	Non disponibles	—	—	—
Royaume-Uni	≥80	Moyenne	Disponibles	2013	1.64	0.48
République-Unie de Tanzanie	39	Élevée	Disponibles	2012	9.87	2.48
États-Unis d'Amérique	≥80	Élevée	Disponibles	2013	4.77	0.78
Uruguay	79	Élevée	Disponibles	1995	13.87	1.85
Ouzbékistan	72	Moyenne	Non disponibles	—	—	—
Vanuatu	56	Élevée	Non disponibles	—	—	—
Venezuela (République bolivarienne du)	73	Moyenne	Non disponibles	—	—	—
Viet Nam	73	Élevée	Disponibles	2014	9.81	2.07
Yémen	39	Élevée	Disponibles	2005	17.06	2.40
Zambie	56	Élevée	Disponibles	2010	0.29	0.01
Zimbabwe	55	Élevée	Non disponibles	—	—	—

ODD : objectifs de développement durable ; CSU : couverture sanitaire universelle ou couverture-santé universelle

^a La disponibilité des données dans les bases de données mondiales est classée comme suit : élevée = au moins 75 % des indicateurs de référence disposent de données primaires depuis 2010 ; moyenne = au moins 50 % (mais moins de 75 %) des indicateurs de référence disposent de données primaires depuis 2010 ; faible = moins de 50 % des indicateurs de référence disposent de données primaires depuis 2010. Les "données primaires" désignent les sources de données de départ et excluent les estimations faites à partir de modèles ou de prévisions.

Disponibilité d'estimations des dépenses de santé appauvrissantes	Incidence de l'appauvrissement lié à des dépenses directes de santé (%)		Écart de pauvreté associé aux dépenses directes de santé, exprimé en centimes de dollar international en parité de pouvoir d'achat 2011		Pays
	Seuil de pauvreté : 1,90 dollar par jour en parité de pouvoir d'achat de 2011	Seuil de pauvreté : 3,10 dollars par jour en parité de pouvoir d'achat de 2011	Seuil de pauvreté : 1,90 dollar par jour en parité de pouvoir d'achat de 2011	Seuil de pauvreté : 3,10 dollars par jour en parité de pouvoir d'achat de 2011	
Disponibles	0.00	0.02	0.00	0.00	Slovaquie
Disponibles	0.00	0.00	0.00	0.00	Slovénie
Non disponibles	—	—	—	—	Îles Salomon
Non disponibles	—	—	—	—	Somalie
Disponibles	0.45	0.61	0.33	0.95	Afrique du Sud
Non disponibles	—	—	—	—	Soudan du Sud
Disponibles	0.00	0.00	0.00	0.00	Espagne
Disponibles	0.05	0.44	0.01	0.29	Sri Lanka
Non disponibles	—	—	—	—	Soudan
Non disponibles	—	—	—	—	Suriname
Disponibles	1.36	1.29	2.24	3.79	Swaziland
Disponibles	0.00	0.00	0.00	0.00	Suède
Disponibles	0.00	0.00	0.00	0.00	Suisse
Non disponibles	—	—	—	—	République arabe syrienne
Disponibles	1.42	3.39	0.53	3.74	Tadjikistan
Disponibles	0.12	0.34	0.83	1.09	Thaïlande
Disponibles	0.09	0.28	0.09	0.38	Ex-République yougoslave de Macédoine
Disponibles	1.00	0.65	0.80	1.85	Timor-Leste
Disponibles	2.54	1.59	2.72	5.05	Togo
Non disponibles	—	—	—	—	Tonga
Non disponibles	—	—	—	—	Trinité-et-Tobago
Disponibles	0.44	1.17	0.19	1.19	Tunisie
Disponibles	0.09	0.20	0.00	0.13	Turquie
Non disponibles	—	—	—	—	Turkménistan
Disponibles	2.68	1.48	3.39	5.71	Ouganda
Disponibles	0.00	0.02	0.00	0.02	Ukraine
Non disponibles	—	—	—	—	Émirats arabes unis
Disponibles	0.00	0.00	0.00	0.00	Royaume-Uni
Disponibles	2.38	1.86	2.26	4.96	République-Unie de Tanzanie
Disponibles	0.00	0.00	0.00	0.00	États-Unis d'Amérique
Disponibles	0.04	0.27	0.01	0.11	Uruguay
Non disponibles	—	—	—	—	Ouzbékistan
Non disponibles	—	—	—	—	Vanuatu
Non disponibles	—	—	—	—	Venezuela (République bolivarienne du)
Non disponibles	—	—	—	—	Viet Nam
Non disponibles	—	—	—	—	Yémen
Disponibles	0.14	0.10	0.16	0.28	Zambie
Non disponibles	—	—	—	—	Zimbabwe

Annexe 2.

Valeurs actuelles de l'indice de couverture des services de santé essentiels de la CSU et valeurs de chacun des indicateurs de référence utilisés pour le calculer, par pays.^a

Sauf mention contraire, les valeurs indiquées datent de 2015. Elles n'ont pas été transformées ou ajustées pour le calcul de l'indice. Pour les indicateurs de référence, les données sont affichées en caractères gras si les données primaires étaient disponibles depuis 2010, en caractères normaux si elles étaient disponibles depuis 2000, et en caractères clairs s'il s'agit d'estimations attribuées au pays en l'absence de données primaires.

Annexe 2									
Pays	Indice de la couverture des services de la CSU (ODD 3.8.1)	Disponibilité de données sur l'indice ^b	Demandes de planification familiale satisfaites à l'aide de méthodes modernes (%)	Soins prénatals : au moins 4 consultations, (%) ^c	Vaccination des enfants (DTC3) (%)	Demande de soins en cas de pneumonie de l'enfant (%) ^c	Traitement antituberculeux efficace (%) ^d	Traitement du VIH (%)	Moustiquaires imprégnées d'insecticide pour la lutte antipaludéenne (%) ^e
Afghanistan	34	Élevée	43	18	65	62	51	5	–
Albanie	62	Faible	25	67	99	70	67	28	–
Algérie	76	Élevée	76	67	95	66	70	65	–
Angola	36	Moyenne	25	56	64	39	22	23	40
Antigua-et-Barbuda	75	Moyenne	80	100	99	88	58	46	–
Argentine	76	Élevée	85	90	94	94	45	63	–
Arménie	67	Élevée	40	96	94	57	69	29	–
Australie	≥80	Élevée	84	95	93	90	69	79	–
Autriche	≥80	Moyenne	84	97	93	92	64	72	–
Azerbaïdjan	64	Moyenne	32	66	96	33	67	34	–
Bahamas	72	Moyenne	83	85	95	77	73	29	–
Bahreïn	72	Moyenne	59	100	98	90	38	42	–
Bangladesh	46	Élevée	74	31	97	42	53	13	–
Barbade	79	Élevée	76	98	97	87	87	44	–
Bélarus	74	Élevée	74	100	99	93	63	42	–
Belgique	≥80	Moyenne	90	97	99	91	71	72	–
Belize	61	Élevée	68	83	94	67	31	29	–
Bénin	41	Élevée	24	59	82	23	54	51	69
Bhoutan	59	Élevée	83	85	99	74	72	13	–
Bolivie (État plurinational de)	60	Moyenne	52	59	99	62	52	22	–
Bosnie-Herzégovine	57	Élevée	27	84	82	87	59	28	–
Botswana	60	Moyenne	78	73	95	37	48	77	–
Brésil	77	Élevée	88	90	96	50	62	57	–
Brunéi Darussalam	≥80	Moyenne	83	100	99	86	56	72	–
Bulgarie	64	Moyenne	59	88	91	76	83	24	–
Burkina Faso	39	Élevée	43	34	91	56	49	55	62
Burundi	43	Élevée	38	49	94	55	46	50	77
Cabo Verde	62	Moyenne	77	72	93	70	34	50	–
Cambodge	55	Élevée	59	76	89	69	55	76	–
Cameroun	44	Élevée	38	59	84	28	45	30	45
Canada	≥80	Faible	89	99	91	90	74	72	–
République centrafricaine	33	Moyenne	37	38	47	30	39	22	49
Tchad	29	Moyenne	18	31	46	26	37	54	70
Chili	70	Moyenne	82	97	96	87	51	49	–
Chine	76	Moyenne	95	74	99	79	82	41	–
Colombie	76	Élevée	83	89	91	64	61	53	–
Comores	47	Élevée	33	49	91	38	53	32	57
Congo	38	Élevée	37	79	80	28	39	29	36
Costa Rica	75	Élevée	90	90	92	77	71	45	–

Assainissement de base minimum (%)	Tension artérielle normale (%)	Niveau moyen de glycémie plasmatique à jeun (mmol/L) ^f	Non fumeurs (%)	Lits d'hôpitaux pour 10 000 habitants ^c	Médecins pour 1000 habitants ^c	Psychiatres pour 100 000 habitants ^c	Chirurgiens pour 100 000 habitants ^c	Indice des capacités essentielles requises par le Règlement sanitaire international (%) ^c	Pays
39	69	5.36	87	5	0.3	0.1	0.9	43	Afghanistan
98	71	5.41	71	28.9	1.3	1.3	5.5	81	Albanie
88	75	5.42	85	19	1.2	3.2	20.6	72	Algérie
39	70	5.25	87	8	0.1	<0.05	5.1	18	Angola
88	77	5.65	87	38	1.2	1.1	5.5	87	Antigua-et-Barbuda
95	77	5.55	77	50	3.8	13.7	18.3	83	Argentine
92	75	5.64	73	41.8	2.8	5.1	63.3	96	Arménie
100	80	5.51	85	37.9	3.5	13.7	20.3	100	Australie
100	79	5.24	69	76.5	5.2	19.7	91.2	87	Autriche
89	76	5.72	78	46.9	3.4	3.7	41.3	84	Azerbaïdjan
92	79	5.82	88	29	2.7	1.1	21	59	Bahamas
100	79	5.79	79	20.3	0.9	4.8	15.1	96	Bahreïn
47	75	5.45	77	7.7	0.4	0.1	1.7	85	Bangladesh
97	76	5.9	92	58	1.8	2.5	12.3	90	Barbade
94	73	5.48	71	110.5	4.1	7.7	93.6	90	Bélarus
100	83	5.39	71	62.3	3	20.3	50.3	82	Belgique
87	77	5.54	87	13	0.8	0.6	5.6	55	Belize
14	72	5.07	93	5	0.1	0.1	0.8	44	Bénin
63	72	4.9	94	17.4	0.3	0.4	0.8	65	Bhoutan
53	82	5.4	87	11	0.5	1	17.6	67	Bolivie (État plurinational de)
95	69	5.57	61	35	1.9	4	7.2	55	Bosnie-Herzégovine
60	71	5.32	80	18	0.4	0.3	1.6	56	Botswana
86	77	5.52	86	22	1.9	3.5	34.4	97	Brésil
96	81	5.33	84	27.4	1.5	4.3	22.5	91	Brunéï Darussalam
86	72	5.41	62	68.2	4	7.9	64.1	69	Bulgarie
23	68	5.31	87	4	<0.05	0.1	0.2	50	Burkina Faso
51	71	4.87	87	7.9	0.1	<0.05	0.2	56	Burundi
65	71	6.05	91	21	0.3	1.4	11.5	58	Cabo Verde
49	74	4.73	82	8.3	0.2	0.3	0.8	51	Cambodge
39	75	5.53	87	13	0.1	<0.05	0.4	91	Cameroun
99	87	5.54	85	27	2.5	13.4	21.1	100	Canada
25	69	5.13	87	10	<0.05	<0.05	0.2	24	République centrafricaine
10	67	5.3	87	4	<0.05	<0.05	0.1	41	Tchad
100	79	5.5	61	22	1	4.7	41	75	Chili
75	81	5.46	75	42	1.5	1.7	21.6	99	Chine
84	81	5	90	15	1.6	2.5	5.8	85	Colombie
34	72	5.16	86	21.6	0.2	0.1	1.3	29	Comores
15	74	5.2	76	16	0.1	0.1	0.2	28	Congo
97	81	5.52	88	11.6	2.5	5.2	7.1	83	Costa Rica

Annexe 2

Pays	Indice de la couverture des services de la CSU (ODD 3.8.1)	Disponibilité de données sur l'indice ^b	Demandes de planification familiale satisfaites à l'aide de méthodes modernes (%)	Soins prénatals : au moins 4 consultations, (%) ^c	Vaccination des enfants (DTC3) (%)	Demande de soins en cas de pneumonie de l'enfant (%) ^c	Traitement antituberculeux efficace (%) ^d	Traitement du VIH (%)	Moustiquaires imprégnées d'insecticide pour la lutte antipaludéenne (%) ^e
Côte d'Ivoire	44	Moyenne	34	44	83	38	49	34	73
Croatie	69	Élevée	59	93	94	90	62	65	—
Cuba	78	Élevée	88	99	99	93	71	69	—
Chypre	73	Faible	83	97	97	91	51	72	—
Tchéquie	73	Moyenne	83	97	97	88	71	46	—
République populaire démocratique de Corée	68	Faible	85	94	96	80	73	41	—
République démocratique du Congo	40	Moyenne	18	48	81	42	43	32	59
Danemark	≥80	Moyenne	83	97	93	92	49	72	—
Djibouti	47	Moyenne	43	23	84	94	65	22	30
République dominicaine	74	Élevée	84	93	85	73	59	46	—
Équateur	75	Élevée	82	80	78	72	46	50	—
Égypte	68	Élevée	80	83	93	68	50	21	—
El Salvador	77	Élevée	80	90	91	80	84	45	—
Guinée équatoriale	45	Moyenne	25	67	16	54	50	32	26
Érythrée	38	Élevée	27	57	95	45	56	57	19
Estonie	76	Moyenne	77	97	93	89	73	72	—
Éthiopie	39	Élevée	58	32	77	29	63	55	61
Fidji	66	Élevée	67	94	99	72	70	31	—
Finlande	79	Moyenne	88	98	97	92	39	72	—
France	≥80	Moyenne	93	99	98	91	67	75	—
Gabon	52	Moyenne	37	78	80	68	41	56	11
Gambie	46	Élevée	28	78	97	68	64	24	64
Géorgie	66	Élevée	53	87	94	74	66	28	—
Allemagne	79	Moyenne	82	97	95	91	55	72	—
Ghana	45	Élevée	43	87	88	56	28	28	66
Grèce	70	Faible	59	97	99	89	71	72	—
Grenade	72	Moyenne	79	89	92	82	87	46	—
Guatemala	57	Élevée	67	86	74	50	68	36	—
Guinée	35	Moyenne	20	57	54	37	46	28	57
Guinée-Bissau	39	Moyenne	40	65	87	34	25	25	78
Guyana	68	Élevée	57	87	95	84	55	56	—
Haïti	47	Élevée	49	67	60	38	62	46	—
Honduras	64	Moyenne	77	89	97	64	74	48	—
Hongrie	70	Moyenne	85	88	99	87	69	28	—
Islande	≥80	Moyenne	83	97	92	94	77	72	—
Inde	56	Élevée	72	45	87	77	44	44	—
Indonésie	49	Élevée	81	84	78	75	27	10	—
Iran (République islamique d')	65	Élevée	76	94	98	76	70	11	—
Iraq	63	Moyenne	62	50	58	74	48	43	—
Irlande	78	Moyenne	79	97	95	91	49	70	—
Israël	≥80	Moyenne	71	97	95	91	77	72	—
Italie	≥80	Moyenne	67	87	93	92	79	76	—
Jamaïque	60	Moyenne	83	86	91	82	14	32	—
Japon	≥80	Moyenne	65	97	96	89	46	72	—
Jordanie	70	Moyenne	62	95	99	77	70	50	—
Kazakhstan	71	Élevée	75	95	98	81	80	26	—
Kenya	57	Élevée	76	58	89	66	66	57	62
Kiribati	40	Faible	43	71	78	81	70	41	—
Koweït	77	Moyenne	67	71	99	82	84	71	—
Kirghizistan	66	Élevée	66	95	97	60	69	28	—

Assainissement de base minimum (%)	Tension artérielle normale (%)	Niveau moyen de glycémie plasmatique à jeun (mmol/L) ^f	Non fumeurs (%)	Lits d'hôpitaux pour 10 000 habitants ^c	Médecins pour 1000 habitants ^c	Psychiatres pour 100 000 habitants ^c	Chirurgiens pour 100 000 habitants ^c	Indice des capacités essentielles requises par le Règlement sanitaire international (%) ^c	Pays
30	73	5.39	87	4	0.1	0.1	1.5	87	Côte d'Ivoire
98	68	5.37	63	55.6	3.1	15.5	68.2	71	Croatie
91	81	5.67	64	52	7.5	10.3	70.6	99	Cuba
99	80	5.45	64	34.2	2.5	2.7	12.8	62	Chypre
99	72	5.51	66	64.9	3.7	14.1	73.6	88	Tchéquie
77	82	5.13	75	143	2.8	0.5	0.6	73	République populaire démocratique de Corée
20	72	5.06	87	8	0.1	0.1	0.1	75	République démocratique du Congo
100	79	5.34	80	25.3	3.7	17.4	58.7	91	Danemark
51	73	5.4	87	14	0.2	0.1	1.5	46	Djibouti
83	79	5.24	86	16	1.5	1.1	9	70	République dominicaine
86	82	5.39	93	15	1.7	1.1	34.3	89	Équateur
93	75	5.1	75	15.6	0.8	0.9	26.8	93	Égypte
91	81	5.61	89	13	1.9	0.5	20.3	94	El Salvador
75	72	5.28	87	21	0.3	0.1	32.7	27	Guinée équatoriale
11	71	5.12	94	7	0.1	<0.05	0.4	71	Érythrée
100	72	5.25	68	49.6	3.3	18.5	82.3	72	Estonie
7	79	4.48	96	3.1	0.1	<0.05	0.4	78	Éthiopie
96	78	5.98	77	23	0.4	0.7	1.8	98	Fidji
99	81	5.5	79	43.5	3.2	23.6	56.4	96	Finlande
99	78	5.31	67	64.8	3.2	14.1	29.4	89	France
41	75	5.39	87	13	0.3	0.3	16.4	48	Gabon
42	71	5.56	84	11	0.1	0.2	0.6	33	Gambie
85	74	5.64	70	25.9	4.8	6.5	42.5	81	Géorgie
99	80	5.45	69	82.8	4.1	7.5	55.2	99	Allemagne
14	76	5.49	96	9	0.1	0.1	0.5	69	Ghana
99	81	5.51	56	42.5	6.3	21.9	134.9	76	Grèce
78	76	5.67	87	37	0.7	1.9	2.8	66	Grenade
67	79	5.82	87	6	0.9	0.3	1.3	86	Guatemala
22	70	5.3	87	3	0.1	<0.05	0.5	52	Guinée
22	70	5.31	87	10	0.1	<0.05	0.5	50	Guinée-Bissau
86	77	5.68	87	16	0.2	0.5	5.9	81	Guyana
31	76	5.41	87	7	1.2	0.1	1.1	48	Haïti
80	79	5.31	87	7	0.4	0.4	2.6	74	Honduras
98	70	5.4	69	70.4	3.3	4.4	31.9	86	Hongrie
99	80	5.47	85	31.7	3.8	25.5	51	84	Islande
44	74	5.59	88	6.6	0.7	0.3	2.6	94	Inde
68	76	5.09	61	12.1	0.2	0.3	6.9	96	Indonésie
88	80	5.47	89	15	1.5	1.8	1.6	85	Iran (République islamique d')
86	75	5.78	81	13.8	0.9	0.4	12.6	91	Iraq
92	80	5.38	75	27.6	2.8	6.1	14.5	78	Irlande
100	83	5.58	74	30.9	3.6	6.7	40.4	71	Israël
99	79	5.37	76	34.2	3.9	10.8	20.4	78	Italie
85	78	5.69	83	17	0.4	1.1	3.6	81	Jamaïque
100	83	5.31	77	134	2.3	8.4	16.8	100	Japon
97	79	6.25	73	14	2.7	1.3	10.8	97	Jordanie
98	73	5.65	74	67.2	3.3	6.3	44.1	78	Kazakhstan
30	71	4.7	89	14	0.2	0.2	0.7	69	Kenya
40	79	6.78	51	18.6	0.2	1.8	3.6	60	Kiribati
100	77	6.06	80	20.4	1.9	3.3	106	86	Koweït
97	73	5.55	73	45.1	1.9	3.4	32.5	50	Kirghizistan

Annexe 2

Pays	Indice de la couverture des services de la CSU (ODD 3.8.1)	Disponibilité de données sur l'indice ^b	Demandes de planification familiale satisfaites à l'aide de méthodes modernes (%)	Soins prénatals : au moins 4 consultations, (%) ^c	Vaccination des enfants (DTC3) (%)	Demande de soins en cas de pneumonie de l'enfant (%) ^c	Traitement antituberculeux efficace (%) ^d	Traitement du VIH (%)	Moustiquaires imprégnées d'insecticide pour la lutte antipaludéenne (%) ^e
République démocratique populaire lao	48	Élevée	67	37	89	54	32	35	–
Lettonie	64	Moyenne	77	88	95	87	72	14	–
Liban	68	Moyenne	61	71	81	74	66	44	–
Lesotho	45	Élevée	76	74	93	63	32	40	–
Libéria	34	Élevée	38	78	52	51	31	17	47
Libye	63	Faible	45	71	97	81	22	43	–
Lithuanie	67	Moyenne	70	88	93	87	71	20	–
Luxembourg	≥80	Moyenne	83	97	99	94	68	72	–
Madagascar	30	Moyenne	59	51	69	41	43	4	68
Malawi	44	Élevée	73	51	88	71	40	58	55
Malaisie	70	Élevée	53	80	99	87	68	26	–
Maldives	55	Faible	53	85	99	22	30	13	–
Mali	32	Élevée	33	38	64	23	44	32	59
Malte	79	Moyenne	72	97	97	90	66	75	–
Mauritanie	33	Moyenne	30	48	73	34	38	21	8
Maurice	64	Moyenne	49	56	97	78	41	39	–
Mexique	76	Élevée	83	94	87	73	65	55	–
Micronésie (États fédérés de)	60	Faible	59	74	72	65	75	41	–
Mongolie	63	Élevée	72	90	99	70	32	33	–
Monténégro	54	Élevée	36	87	89	89	55	21	–
Maroc	65	Moyenne	78	55	99	70	71	41	–
Mozambique	42	Élevée	39	51	80	50	34	44	66
Myanmar	60	Élevée	74	74	89	58	61	47	–
Namibie	59	Élevée	77	63	92	68	70	63	–
Népal	46	Élevée	65	60	91	50	69	36	–
Pays-Bas	≥80	Moyenne	87	97	95	91	74	77	–
Nouvelle-Zélande	≥80	Moyenne	85	97	92	86	71	72	–
Nicaragua	70	Moyenne	89	88	98	58	68	38	–
Niger	33	Élevée	41	39	65	59	44	26	39
Nigéria	39	Élevée	33	54	49	35	13	26	45
Norvège	≥80	Moyenne	87	97	95	92	73	72	–
Oman	72	Moyenne	35	71	99	56	84	43	–
Pakistan	40	Élevée	49	37	72	64	59	5	–
Panama	75	Élevée	74	88	73	82	63	48	–
Papouasie-Nouvelle-Guinée	41	Faible	48	55	73	63	56	48	–
Paraguay	69	Moyenne	81	77	93	74	62	30	–
Pérou	78	Élevée	64	95	90	60	70	53	–
Philippines	58	Élevée	54	84	60	64	78	27	–
Pologne	75	Moyenne	66	97	98	88	51	72	–
Portugal	≥80	Moyenne	83	97	98	91	63	72	–
Qatar	77	Élevée	62	85	99	87	74	85	–
République de Corée	≥80	Élevée	83	98	98	80	76	72	–
République de Moldova	65	Élevée	63	95	87	79	46	26	–
Roumanie	72	Moyenne	71	76	89	70	74	67	–
Fédération de Russie	63	Moyenne	73	78	97	83	60	28	–
Rwanda	53	Élevée	65	44	98	54	72	74	67
Sainte-Lucie	69	Moyenne	76	90	99	82	86	46	–
Saint-Vincent-et-les-Grenadines	65	Faible	81	100	98	81	36	46	–
Samoa	56	Élevée	37	73	66	78	68	41	–
Sao Tomé-et-Principe	54	Moyenne	52	84	96	69	71	39	–

Assainissement de base minimum (%)	Tension artérielle normale (%)	Niveau moyen de glycémie plasmatique à jeun (mmol/L) ^f	Non fumeurs (%)	Lits d'hôpitaux pour 10 000 habitants ^c	Médecins pour 1000 habitants ^c	Psychiatres pour 100 000 habitants ^c	Chirurgiens pour 100 000 habitants ^c	Indice des capacités essentielles requises par le Règlement sanitaire international (%) ^c	Pays
73	75	5.1	70	15	0.2	<0.05	1	74	République démocratique populaire lao
93	70	5.42	62	58	3.2	12.1	53	90	Lettonie
95	79	5.7	66	28.5	2.4	1.4	45.4	76	Liban
44	72	5.5	74	13	<0.05	0.1	0.2	63	Lesotho
17	72	5.31	90	8	<0.05	0.1	0.2	26	Libéria
100	76	5.93	81	37	2.1	1	15.6	65	Libye
94	70	5.5	70	72.8	4.3	16.7	61.2	83	Lithuanie
98	78	5.43	76	48.2	2.9	22.5	51.6	89	Luxembourg
10	72	5.12	87	2	0.1	0.1	0.4	29	Madagascar
44	71	5.03	85	13	<0.05	<0.05	0.4	40	Malawi
100	77	5.66	78	18.6	1.3	0.8	6.9	99	Malaisie
96	76	5.14	71	43	1.6	3.7	8.8	60	Maldives
31	68	5.36	88	1	0.1	<0.05	0.7	55	Mali
100	81	5.64	74	46.7	3.9	3.2	43.7	76	Malte
45	68	5.24	87	4	0.1	0.1	1.6	28	Mauritanie
93	75	5.6	78	34	1.1	0.8	6.9	68	Maurice
89	80	5.89	85	15.2	2.4	1	16	96	Mexique
56	75	6.18	75	18.6	0.2	1	10.6	64	Micronésie (États fédérés de)
59	71	5.54	74	70	2.9	0.5	14.1	86	Mongolie
96	71	5.34	54	39.6	2.3	8.7	37.6	55	Monténégro
84	74	5.58	77	11	0.6	0.5	7.8	95	Maroc
24	71	5.21	83	7	0.1	0.1	0.7	67	Mozambique
65	76	5.02	79	9	0.6	0.3	0.9	86	Myanmar
34	72	5.35	78	27	0.4	0.3	0.8	66	Namibie
46	70	5.44	76	3	0.2	0.2	0.9	72	Népal
98	81	5.11	74	46.6	3.4	20.1	29.7	94	Pays-Bas
100	84	5.57	84	28	3	18	18.3	98	Nouvelle-Zélande
76	79	5.33	87	9	0.9	0.9	8.7	76	Nicaragua
13	66	5.2	92	2.8	<0.05	<0.05	0.2	73	Niger
33	76	5.45	94	5	0.4	0.1	1	67	Nigéria
98	80	5.52	79	38.6	4.4	29.7	74.7	98	Norvège
99	76	5.71	92	15.8	1.5	2.3	14.2	94	Oman
58	70	5.84	80	6	0.8	0.3	1.3	43	Pakistan
77	80	5.59	94	23	1.6	3.8	17.6	68	Panama
19	75	6.07	63	18.6	0.1	0.1	0.5	64	Papouasie-Nouvelle-Guinée
91	76	5.52	86	13	1.3	2	5.4	82	Paraguay
77	86	4.93	87	16	1.1	0.8	28.4	89	Pérou
75	78	5.03	75	5	1.1	0.5	4.3	84	Philippines
98	71	5.15	71	65	2.3	5.1	15.4	74	Pologne
99	76	5.28	77	34	4.4	4.5	47.8	95	Portugal
100	79	5.7	86	12	2	3	3.5	97	Qatar
100	88	5.4	76	115.3	2.2	7	62	100	République de Corée
78	70	5.48	75	58.3	2.5	5.9	13.8	78	République de Moldova
82	70	5.39	70	62.7	2.7	6	40.8	79	Roumanie
89	73	5.52	59	81.8	3.3	11.1	16.6	81	Fédération de Russie
62	74	4.93	87	16	0.1	0.1	0.4	41	Rwanda
91	73	5.58	87	13	0.1	1.1	10.9	58	Sainte-Lucie
87	77	5.67	87	26	0.6	0.9	3.7	35	Saint-Vincent-et-les-Grenadines
97	76	6.63	72	18.6	0.5	0.5	2.6	75	Samoa
40	74	5.44	87	29	0.5	0.5	1.5	16	Sao Tomé-et-Principe

Annexe 2

Pays	Indice de la couverture des services de la CSU (ODD 3.8.1)	Disponibilité de données sur l'indice ^a	Demandes de planification familiale satisfaites à l'aide de méthodes modernes (%)	Soins prénatals : au moins 4 consultations, (%) ^c	Vaccination des enfants (DTC3) (%)	Demande de soins en cas de pneumonie de l'enfant (%) ^c	Traitement antituberculeux efficace (%) ^d	Traitement du VIH (%)	Moustiquaires imprégnées d'insecticide pour la lutte antipaludéenne (%) ^e
Arabie saoudite	68	Moyenne	45	71	98	82	54	54	–
Sénégal	41	Élevée	43	47	89	48	55	44	68
Serbie	65	Élevée	36	94	95	90	71	63	–
Seychelles	68	Moyenne	39	56	97	83	60	39	–
Sierra Leone	36	Élevée	36	76	86	72	51	21	72
Singapour	≥80	Moyenne	77	97	96	86	68	53	–
Slovaquie	76	Moyenne	76	97	96	83	77	56	–
Slovénie	78	Moyenne	79	97	95	92	67	72	–
Îles Salomon	50	Moyenne	56	65	98	73	73	41	–
Somalie	22	Moyenne	45	6	42	13	40	10	23
Afrique du Sud	67	Moyenne	84	87	75	65	49	49	–
Soudan du Sud	30	Moyenne	14	17	31	48	38	9	58
Espagne	77	Moyenne	81	97	97	92	42	79	–
Sri Lanka	62	Moyenne	74	93	99	58	58	23	–
Soudan	43	Moyenne	31	51	93	48	44	8	42
Suriname	68	Élevée	72	67	89	76	62	38	–
Swaziland	58	Élevée	79	76	90	58	46	69	–
Suède	≥80	Moyenne	81	97	98	90	77	63	–
Suisse	≥80	Moyenne	87	97	97	92	68	72	–
République arabe syrienne	60	Faible	60	64	41	77	56	43	–
Tadjikistan	65	Moyenne	56	53	96	63	71	22	–
Thaïlande	75	Élevée	91	93	99	83	42	61	–
Ex-République yougoslave de Macédoine	70	Moyenne	28	94	91	93	87	41	–
Timor-Leste	47	Moyenne	48	55	76	71	48	41	–
Togo	42	Élevée	33	57	88	49	61	39	74
Tonga	62	Moyenne	50	70	78	76	87	41	–
Trinité-et-Tobago	75	Moyenne	66	100	96	74	56	63	–
Tunisie	65	Élevée	75	85	98	60	73	27	–
Turquie	71	Élevée	60	89	97	85	76	28	–
Turkménistan	67	Moyenne	74	88	99	51	55	28	–
Ouganda	44	Élevée	46	48	78	79	40	60	66
Ukraine	63	Élevée	70	87	23	92	53	26	–
Émirats arabes unis	63	Faible	60	71	99	88	35	43	–
Royaume-Uni	≥80	Moyenne	93	97	96	89	72	72	–
République-Unie de Tanzanie	39	Élevée	54	43	98	55	33	55	29
États-Unis d'Amérique	≥80	Élevée	86	97	95	89	74	72	–
Uruguay	79	Élevée	88	96	95	91	65	52	–
Ouzbékistan	72	Moyenne	84	88	99	68	60	28	–
Vanuatu	56	Élevée	59	52	64	72	71	41	–
Venezuela (République bolivarienne du)	73	Moyenne	82	87	87	72	64	55	–
Viet Nam	73	Élevée	77	74	97	81	72	43	–
Yémen	39	Élevée	48	25	69	34	52	15	–
Zambie	56	Élevée	65	56	90	70	49	64	64
Zimbabwe	55	Élevée	86	70	87	51	58	68	78

DTC3 : vaccin antidiphthérique-antitétanique-anticoquelucheux (troisième dose) ; VIH : virus de l'immunodéficience humaine ; CSU : couverture sanitaire universelle.

Notes :

^a Les statistiques qui figurent à l'annexe 2 se fondent sur les données disponibles à la fin du premier semestre de 2017. Elles ont été essentiellement compilées à partir de publications et de bases de données établies et actualisées par l'OMS ou des entités relevant des Nations Unies. Dès que possible, les estimations ont été calculées à l'aide de catégories et de méthodes types afin de faciliter les comparaisons entre les pays. Cette approche peut entraîner, dans certains cas, des écarts entre les estimations figurant dans le présent document et les statistiques nationales officielles établies et approuvées par les différents pays. Il convient de souligner que ces estimations sont également sujettes à des incertitudes, en particulier pour les pays dont les systèmes d'information statistique et sanitaire sont faibles et alimentés par des données empiriques de qualité médiocre. Pour de plus amples informations sur les indicateurs et les estimations figurant dans le présent document, veuillez consulter le portail de données de l'OMS sur la CSU, accessible à l'adresse suivante : <http://apps.who.int/gho/cabinet/uhc.jsp>

Assainissement de base minimum (%)	Tension artérielle normale (%)	Niveau moyen de glycémie plasmatique à jeun (mmol/L) ^f	Non fumeurs (%)	Lits d'hôpitaux pour 10 000 habitants ^c	Médecins pour 1000 habitants ^c	Psychiatres pour 100 000 habitants ^c	Chirurgiens pour 100 000 habitants ^c	Indice des capacités essentielles requises par le Règlement sanitaire international (%) ^c	Pays
100	77	6.59	87	26.5	2.6	2.1	61.6	99	Arabie saoudite
48	70	5.46	91	3	0.1	0.2	0.3	30	Sénégal
95	71	5.36	61	56.5	2.5	7.4	43.1	47	Serbie
100	77	5.83	79	36	1	2.1	22.9	82	Seychelles
14	70	5.41	74	4	<0.05	<0.05	0.1	64	Sierra Leone
100	85	5.3	83	24	3.4	13.7	102.3	99	Singapour
99	71	5.45	70	57.5	3.4	11.5	18.5	96	Slovaquie
99	70	5.42	77	45.5	2.8	10.2	36.3	75	Slovénie
31	78	6.26	75	14	0.2	0.2	0.9	57	Îles Salomon
16	67	5.17	87	8.7	<0.05	<0.05	0.1	6	Somalie
73	73	5.71	79	28	0.8	0.4	6.4	100	Afrique du Sud
10	72	5.3	87	8.7	0.1	<0.05	1.2	50	Soudan du Sud
100	81	5.63	70	29.7	3.8	8.1	23.1	90	Espagne
94	78	5.38	86	35.1	0.7	0.4	0.6	71	Sri Lanka
35	70	5.24	87	8.2	3.1	0.1	0.8	71	Soudan
79	78	5.75	74	31	0.8	1.5	13.7	71	Suriname
58	71	5.52	91	21	0.1	0.1	4	51	Swaziland
99	81	5.36	81	25.9	4.1	18.3	26.1	92	Suède
100	82	5.39	74	46.8	4.1	41.4	50.4	91	Suisse
93	76	5.79	81	15	1.5	0.3	3	63	République arabe syrienne
96	74	5.48	69	47.6	1.7	2.2	15.8	89	Tadjikistan
95	78	5.15	79	21	0.4	0.9	6.3	98	Thaïlande
91	72	5.41	69	44.3	2.8	10	36.9	89	Ex-République yougoslave de Macédoine
44	73	4.98	57	59	0.1	0.3	1.6	66	Timor-Leste
14	71	5.32	92	7	0.1	<0.05	0.3	69	Togo
94	76	6.31	72	18.6	0.6	1	2.8	74	Tonga
92	74	5.74	87	30	1.2	3.1	18.2	70	Trinité-et-Tobago
93	77	5.75	67	22.9	1.3	2.6	7.3	65	Tunisie
96	80	5.49	72	26.6	1.7	1.5	8.3	78	Turquie
97	75	5.58	69	73.6	2.3	6.3	42.4	84	Turkménistan
19	73	5.22	90	5	0.1	<0.05	0.6	73	Ouganda
96	73	5.47	69	88	3	10.1	72.5	97	Ukraine
100	80	6.04	81	11.5	1.6	0.1	11	91	Émirats arabes unis
99	85	5.38	77	27.6	2.8	14.6	34.1	89	Royaume-Uni
24	73	5.3	85	7	<0.05	<0.05	0.2	67	République-Unie de Tanzanie
100	87	5.71	78	29	2.6	12.4	36.7	97	États-Unis d'Amérique
96	79	5.51	82	28	3.9	16.9	11.7	83	Uruguay
100	75	5.71	87	39.9	2.5	1.9	26	83	Ouzbékistan
54	76	5.38	81	18.6	0.2	0.4	1.9	43	Vanuatu
95	81	5.55	87	8	1.9	1.1	11.1	90	Venezuela (République bolivarienne du)
78	77	4.7	76	25.6	1.2	0.9	3.3	99	Viet Nam
60	69	5.59	81	7.1	0.3	0.2	0.4	46	Yémen
31	73	5.16	86	20	0.2	0.1	0.7	92	Zambie
39	72	5.37	84	17	0.1	0.1	0.5	68	Zimbabwe

^b La disponibilité des données dans les bases de données mondiales est classée comme suit : élevée = au moins 75 % des indicateurs de référence disposent de données primaires depuis 2010 ; moyenne = au moins 50 % (mais moins de 75 %) des marqueurs disposent de données primaires depuis 2010 ; faible = moins de 50 % des marqueurs disposent de données primaires depuis 2010. Les "données primaires" désignent les sources de données de départ et excluent les estimations faites à partir de modèles ou de prévisions.

^c Données disponibles de l'année la plus récente.

^d Les estimations du pourcentage de cas traités datent de 2014 tandis que celles des cas détectés datent de 2015.

^e Concerne uniquement les pays de forte endémie paludéenne.

^f Estimations de 2008.

Annexe 3. Liste des pays classés par régions des Nations Unies

AFRIQUE

Afrique du Nord

Algérie, Égypte, Libye, Maroc, Soudan, Tunisie

Afrique subsaharienne

Afrique du Sud, Angola, Bénin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cabo Verde, Cameroun, Comores, Congo, Côte d'Ivoire, Djibouti, Érythrée, Éthiopie, Gabon, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Guinée équatoriale, Kenya, Lesotho, Libéria, Madagascar, Malawi, Mali, Mauritanie, Maurice, Mozambique, Namibie, Niger, Nigéria, Ouganda, République centrafricaine, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Sao Tomé-et-Principe, Sénégal, Seychelles, Sierra Leone, Somalie, Soudan du Sud, Swaziland, Tchad, Togo, Zambie, Zimbabwe

ASIE

Asie centrale

Kazakhstan, Kirghizistan, Tadjikistan, Turkménistan, Ouzbékistan

Asie de l'Est

Chine, Japon, Mongolie, République de Corée, République populaire démocratique de Corée

Asie du Sud-Est

Arabie saoudite, Arménie, Azerbaïdjan, Bahreïn, Chypre, Émirats arabes unis, Géorgie, Iraq, Israël, Jordanie, Koweït, Liban, Oman, Qatar, République arabe syrienne, Turquie, Yémen

Asie du Sud

Afghanistan, Bangladesh, Bhoutan, Inde, Iran (République islamique d'), Maldives, Népal, Pakistan, Sri Lanka

Asie de l'Ouest

Armenia, Azerbaijan, Bahrain, Cyprus, Georgia, Iraq, Israel, Jordan, Kuwait, Lebanon, Oman, Qatar, Saudi Arabia, Syrian Arab Republic, Turkey, United Arab Emirates, Yemen

EUROPE

Albanie, Allemagne, Autriche, Bélarus, Belgique, Bosnie-Herzégovine, Bulgarie, Croatie, Danemark, Espagne, Estonie, Ex-République yougoslave de Macédoine, Fédération de Russie, Finlande, France, Grèce, Hongrie, Islande, Irlande, Italie, Lettonie, Lituanie, Luxembourg, Malte, Monténégro, Pays-Bas, Norvège, Pologne, Portugal, République de Moldova, Roumanie, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord, Serbie, Slovaquie, Slovénie, Suède, Suisse, Tchéquie, Ukraine

AMÉRIQUE LATINE ET CARAÏBES

Antigua-et-Barbuda, Argentine, Bahamas, Barbade, Belize, Bolivie (État plurinational de), Brésil, Chili, Colombie, Costa Rica, Cuba, Équateur, El Salvador, Grenade, Guatemala, Guyana, Haïti, Honduras, Jamaïque, Mexique, Nicaragua, Panama, Paraguay, Pérou, Sainte-Lucie, Saint-Vincent-et-les-Grenadines, Suriname, Trinité-et-Tobago, Uruguay, Venezuela (République bolivarienne du)

AMÉRIQUE DU NORD

Canada, États-Unis d'Amérique

OCÉANIE

Australie, Fidji, Îles Salomon, Kiribati, Micronésie (États fédérés de), Nouvelle-Zélande, Papouasie-Nouvelle-Guinée, Samoa, Tonga, Vanuatu

Annexe 4. Indice de la couverture des services de la CSU par régions de l'OMS et de la Banque mondiale en 2015

Régions de l'OMS	Indice de couverture des services de la CSU
Monde	64
Région africaine	44
Région des Amériques	78
Région de l'Asie du Sud-Est	55
Région européenne	73
Région de la Méditerranée orientale	53
Région du Pacifique occidental	75

Régions de la Banque mondiale	Indice de couverture des services de la CSU
Monde	64
Asie de l'Est et Pacifique	72
Europe et Asie centrale	73
Amérique latine et Caraïbes	75
Moyen-Orient et Afrique du Nord	65
Amérique du Nord	≥80
Asie du Sud	53
Afrique subsaharienne	42

Annexe 5. Indicateurs de la protection financière par régions de l'OMS et de la Banque mondiale

Tableau 1. Indicateur 3.8.2 des ODD relatifs à l'incidence des dépenses de santé catastrophiques au regard du seuil de 10 %

Seuil de 10 %

Régions de l'OMS	2000		2005		2010	
	% Population	Millions	% Population	Millions	% Population	Millions
Monde	9.7	588.5	11.4	741.3	11.7	808.4
Région africaine	8.6	56.8	9.6	72.0	10.3	88.1
Région des Amériques	10.5	87.3	13.0	115.3	11.1	103.5
Région de l'Asie du Sud-Est	10.7	168.4	11.1	188.3	12.8	233.0
Région européenne	6.6	56.9	6.9	60.5	7.0	62.2
Région de la Méditerranée orientale	7.6	35.8	8.7	45.9	9.5	55.5
Région du Pacifique occidental	10.9	182.1	14.9	258	14.8	264.7

Seuil de 10 %

Régions de la Banque mondiale	2000		2005		2010	
	% Population	Millions	% Population	Millions	% Population	Millions
Monde	9.7	588.5	11.4	741.3	11.7	808.4
Asie de l'Est et Pacifique	9.6	194.7	12.9	271.3	12.9	280.9
Europe et Asie centrale	6.5	56.5	6.9	60.0	7.0	61.8
Amérique latine et Caraïbes	13.4	70.5	17.5	98.3	14.8	88.3
Moyen-Orient et Afrique du Nord	8.3	26.3	11.5	40.1	13.4	52.2
Amérique du Nord	5.5	17.2	5.3	17.4	4.6	15.6
Asie du Sud	12.0	166.1	12.0	181.7	13.5	220.6
Afrique subsaharienne	8.6	57.2	9.6	72.6	10.3	89.0

Note : On entend par « dépenses de santé catastrophiques » des dépenses personnelles dépassant 10 % du montant total de la consommation ou du revenu du ménage. Cette définition à ce seuil correspond à l'indicateur 3.8.2 des ODD, défini comme la « part de la population pour laquelle les dépenses en santé du ménage sont importantes, en proportion du montant total des dépenses ou du revenu du ménage ».

Source : Les estimations de l'OMS et de la Banque mondiale reposent sur des définitions et des méthodes types destinées à faciliter la comparaison entre les pays, qui peuvent ne pas correspondre aux méthodes utilisées au niveau régional ou national pour surveiller les dépenses catastrophiques en matière de santé. Ces estimations s'appuient sur les données de surveillance disponibles à l'échelle mondiale, qui ne correspondent pas nécessairement aux données disponibles au niveau national ou régional.

Tableau 2. Indicateur 3.8.2 des ODD relatifs à l'incidence des dépenses de santé catastrophiques au regard du seuil de 25 %

Seuil de 25 %

Régions de l'OMS	2000		2005		2010	
	% Population	Millions	% Population	Millions	% Population	Millions
Monde	1.9%	112.8	2.4%	154.9	2.6%	179.3
Région africaine	1.6%	10.8	2.1%	15.6	2.6%	21.9
Région des Amériques	2.0%	16.6	2.4%	20.9	1.9%	17.5
Région de l'Asie du Sud-Est	2.0%	30.8	2.1%	35.1	2.9%	51.8
Région européenne	1.0%	8.4	1.0%	9.1	1.0%	8.9
Région de la Méditerranée orientale	1.0%	4.8	1.1%	5.9	1.4%	8.4
Région du Pacifique occidental	2.5%	41.1	3.9%	68.0	3.9%	70.6

Seuil de 25 %

Régions de la Banque mondiale	2000		2005		2010	
	% Population	Million	% Population	Million	% Population	Million
Monde	1.9%	112.8	2.4%	154.9	2.6%	179.3
Asie de l'Est et Pacifique	2.2%	43.6	3.3%	70.4	3.4%	73.2
Europe et Asie centrale	1.0%	8.4	1.0%	9.0	1.0%	8.9
Amérique latine et Caraïbes	2.6%	13.6	3.2%	18.0	2.5%	14.9
Moyen-Orient et Afrique du Nord	1.4%	4.5	1.7%	5.9	2.2%	8.4
Amérique du Nord	1.0%	3.1	0.9%	3.0	0.8%	2.6
Asie du Sud	2.1%	28.8	2.2%	33.0	3.0%	49.4
Afrique subsaharienne	1.6%	10.8	2.1%	15.7	2.5%	22.0

Note : On entend par « dépenses de santé catastrophiques » des dépenses personnelles dépassant 10 % du montant total de la consommation ou du revenu du ménage. Cette définition au regard de ce seuil correspond à l'indicateur 3.8.2 des ODD, défini comme la « part de la population pour laquelle les dépenses en santé du ménage sont importantes, en proportion du montant total des dépenses ou du revenu du ménage ».

Source : Les estimations de l'OMS et de la Banque mondiale reposent sur des définitions et des méthodes types destinées à faciliter la comparaison entre les pays, qui peuvent ne pas correspondre aux méthodes utilisées au niveau régional ou

national pour surveiller les dépenses catastrophiques en matière de santé. Ces estimations s'appuient sur les données de surveillance disponibles à l'échelle mondiale, qui ne correspondent pas nécessairement aux données disponibles au niveau national ou régional.

Tableau 3. Incidence des dépenses de santé appauvrissantes au regard du seuil de pauvreté de 1,90 dollar par jour en parité de pouvoir d'achat de 2011

1,90 dollar par jour

Régions de l'OMS	2000		2005		2010	
	% Population	Millions	% Population	Millions	% Population	Millions
Monde	2.1	130.4	1.8	115.6	1.4	97.0
Région africaine	2.3	15.4	1.6	11.7	1.7	14.2
Région des Amériques	0.4	3.3	0.5	4.1	0.3	2.8
Région de l'Asie du Sud-Est	3.9	61.9	3.3	56.6	3.1	56.8
Région européenne	0.2	2.0	0.1	0.9	0.1	0.7
Région de la Méditerranée orientale	1.4	6.7	0.9	4.7	0.5	3.2
Région du Pacifique occidental	2.4	40.9	2.2	37.4	1.1	19.4

1,90 dollar par jour

Régions de la Banque mondiale	2000		2005		2010	
	% Population	Millions	% Population	Millions	% Population	Millions
Monde	2.1	130.4	1.8	115.6	1.4	97.0
Asie de l'Est et Pacifique	2.2	45	1.9	40.4	1.0	20.9
Europe et Asie centrale	0.2	2.0	0.1	0.9	0.1	0.7
Amérique latine et Caraïbes	0.6	3.3	0.7	4.1	0.5	2.8
Moyen-Orient et Afrique du Nord	0.7	2.2	0.5	1.8	0.3	1.3
Amérique du Nord	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Asie du Sud	4.5	62.4	3.7	56.5	3.5	57.1
Afrique subsaharienne	2.3	15.5	1.6	11.8	1.6	14.2

Note : On parle de « dépenses de santé appauvrissantes » lorsqu'un ménage est contraint par un problème de santé de réduire la part de ses dépenses consacrées aux produits non médicaux, tels que la nourriture, le logement et les vêtements, au point de passer en dessous du seuil de pauvreté indiqué. La mesure des dépenses de santé appauvrissantes n'est pas une composante officielle de l'indicateur des ODD relatif à la couverture sanitaire universelle, mais elle permet d'établir un lien direct entre la CSU et le premier objectif des ODD, à savoir l'élimination de la pauvreté sous toutes ses formes et partout dans le monde.

Source : Les estimations de l'OMS et de la Banque mondiale reposent sur des définitions et des méthodes types destinées à faciliter la comparaison entre les pays, qui peuvent ne pas correspondre aux méthodes utilisées au niveau régional ou national pour surveiller les dépenses de santé appauvrissantes. Ces estimations s'appuient sur les données de surveillance disponibles à l'échelle mondiale, qui ne correspondent pas nécessairement aux données disponibles au niveau national ou régional.

Tableau 4. Incidence des dépenses de santé appauvrissantes au regard du seuil de pauvreté de 3,10 dollars par jour en parité de pouvoir d'achat de 2011

3,10 dollars par jour

Régions de l'OMS	2000		2005		2010	
	% Population	Millions	% Population	Millions	% Population	Millions
Monde	1.7	106.1	1.8	115.8	1.8	122.3
Région africaine	2.1	13.9	1.4	10.1	1.5	12.5
Région des Amériques	0.9	7.9	1.0	8.8	0.7	6.2
Région de l'Asie du Sud-Est	2.4	37.8	2.3	39.1	3.4	61.3
Région européenne	0.6	4.9	0.2	2.1	0.2	1.5
Région de la Méditerranée orientale	1.7	8.0	1.7	9.1	1.3	7.7
Région du Pacifique occidental	2.0	33.4	2.7	46.4	1.8	32.9

3,10 dollars par jour

Régions de la Banque mondiale	2000		2005		2010	
	% Population	Million	% Population	Million	% Population	Million
Monde	1.7	106.1	1.8	115.8	1.8	122.3
Asie de l'Est et Pacifique	1.9	38.1	2.4	50.0	1.7	37.4
Europe et Asie centrale	0.6	4.9	0.2	2.1	0.2	1.5
Amérique latine et Caraïbes	1.5	7.9	1.6	8.8	1.0	6.2
Moyen-Orient et Afrique du Nord	1.3	4.1	1.1	4.0	0.9	3.3
Amérique du Nord	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Asie du Sud	2.7	37.1	2.7	40.7	3.8	61.3
Afrique subsaharienne	2.1	13.9	1.4	10.2	1.4	12.6

Note : On parle de « dépenses de santé appauvrissantes » lorsqu'un ménage est contraint par un problème de santé de réduire la part de ses dépenses consacrées aux produits non médicaux, tels que la nourriture, le logement et les vêtements, au point de passer en dessous du seuil de pauvreté indiqué. La mesure des dépenses de santé appauvrissantes n'est pas une composante officielle de l'indicateur des ODD relatif à la couverture sanitaire universelle, mais elle permet d'établir un lien direct entre la CSU et le premier objectif des ODD, à savoir l'élimination de la pauvreté sous toutes ses formes et partout dans le monde.

Source : Les estimations de l'OMS et de la Banque mondiale reposent sur des définitions et des méthodes types destinées à faciliter la comparaison entre les pays, qui peuvent ne pas correspondre aux méthodes utilisées au niveau régional ou national pour surveiller les dépenses de santé appauvrissantes. Ces estimations s'appuient sur les données de surveillance disponibles à l'échelle mondiale, qui ne correspondent pas nécessairement aux données disponibles au niveau national ou régional.

Crédits photographiques

Couverture © OMS/SEARO/Sanjit Das

Page1 © Olja Latinovic/Banque mondiale

Page23 © 2013 Anil Gulati, reproduit avec l'autorisation de Photoshare

Page 47 © OMS/Alison Clements-Hunt



http://www.who.int/healthinfo/universal_health_coverage/report/2017/en/

<http://www.worldbank.org/health>

ISBN 978 92 4 251355 4



9 789242 513554