



RÉSUMÉ ANALYTIQUE

Rapport mondial de suivi 2017 : la couverture-santé universelle



Organisation
mondiale de la Santé



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

© 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.

RÉSUMÉ ANALYTIQUE

Rapport mondial de suivi 2017 : la couverture-santé universelle



Organisation
mondiale de la Santé



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

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	5
Calcul de l'indice	10
Sources de données	11
Premiers résultats de l'indicateur 3.8.1 des ODD	11
Lacunes de la couverture des services de santé	13
Tendances temporelles de la couverture des services	15
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	17
Prochaines étapes pour l'établissement d'un indice des services de santé essentiels	18
Bibliographie	20

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	27
Données mondiales – et gestion du problème des « données manquantes »	28
Enquêtes auprès des ménages	28
Données manquantes, estimations mondiales et régionales	30
Niveaux et tendances des dépenses catastrophiques : indicateurs 3.8.2 des ODD	31
Variation des dépenses catastrophiques d'un pays à l'autre	31
Estimations mondiales et régionales des dépenses catastrophiques.	32
Tendances des dépenses catastrophiques	33
Inégalités des dépenses catastrophiques	35
Niveaux et tendances des dépenses catastrophiques : indicateurs non relatifs aux ODD	37
Les dépenses non alimentaires utilisées comme mesure de la capacité de paiement.	37
Niveaux et tendances de l'appauvrissement dus aux dépenses directes des ménages : indicateurs non inclus dans les ODD	39
Variation d'un pays à l'autre en matière d'appauvrissement	39
Estimations mondiales et régionales de l'appauvrissement	40
Tendances de l'appauvrissement.	41
Niveau des dépenses de santé appauvrissantes.	42
Aller de l'avant	44
Bibliographie	45
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

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

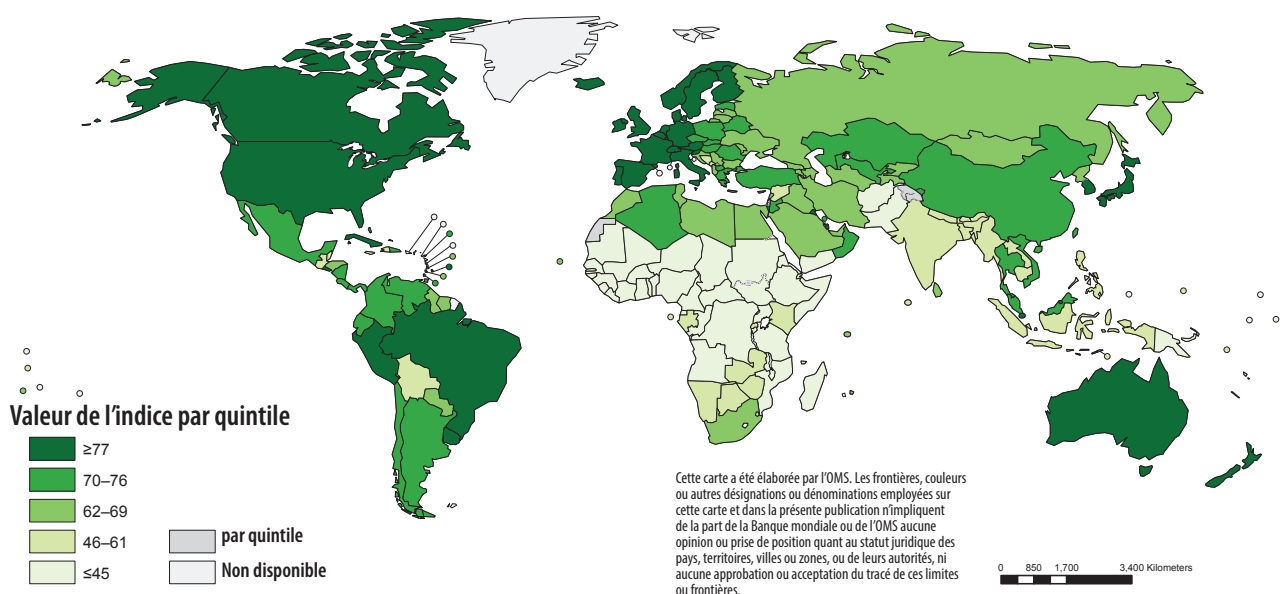
Les progrès accomplis sur la voie de l'instauration de la CSU procèdent d'une entreprise continue qui évolue au gré des nouvelles tendances démographiques, épidémiologiques et technologiques, ainsi que des nouvelles attentes de la population. En ce qui concerne la prestation des services, la CSU a pour 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.

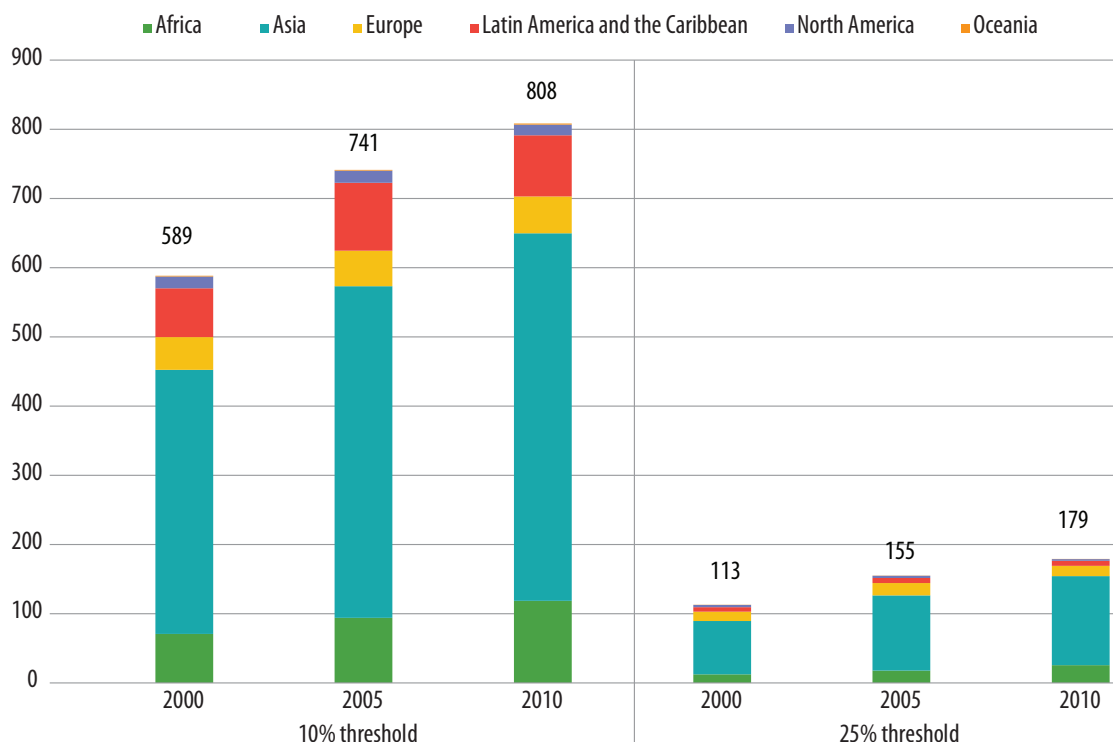
À moins que les interventions sanitaires ne visent expressément à promouvoir l'équité, les efforts consentis pour instaurer la CSU peuvent avoir pour effet d'améliorer la couverture nationale moyenne des services mais aussi d'aggraver les inégalités. Le quintile le plus pauvre accuse les plus grosses 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).

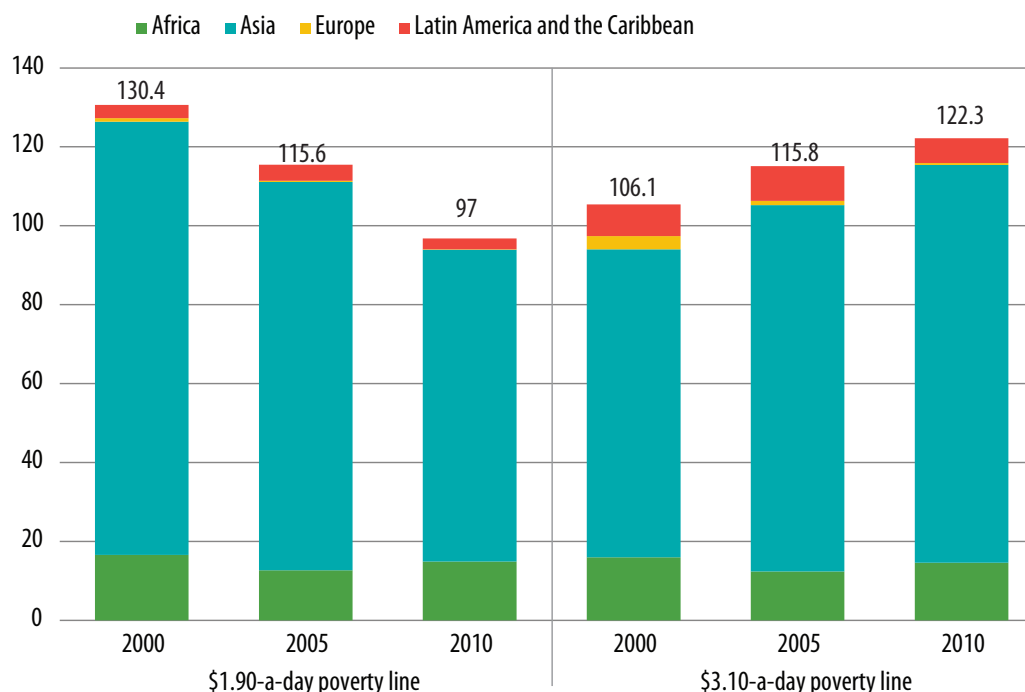
Bien qu'il importe de surveiller les indicateurs des ODD se rapportant aux dépenses catastrophiques, ceux-ci ne constituent pas le seul moyen de suivre les progrès accomplis ni ne suffisent à brosser un tableau global du contexte dans lequel les pays œuvrent pour assurer une protection financière.

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

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



chiffre était de 122 millions (1,8 %). Pour ces deux seuils de 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.



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

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