

## **Couverture du risque maladie et financement des systèmes de santé dans les pays en développement : pour un cadre d'intervention concertée de l'Union Européenne.**

*Non-papier conjoint Présidence/Commission pour présentation et discussion lors de la réunion informelle des Ministres du Développement (28-30 septembre 2008, Bordeaux)*

### **Introduction**

Le financement de la santé a pour objet de dégager des fonds suffisants et de mettre en place les incitations financières appropriées pour que toutes les personnes aient accès à la prévention et aux soins nécessaires. Un financement correct permet de réduire ou d'éliminer le risque, pour un individu ou un ménage, de se trouver confronté à de graves difficultés financières ou de s'appauvrir parce qu'il doit s'acquitter du coût des soins.<sup>1</sup>

Pourtant aujourd'hui, 1,3 milliards de personnes n'ont pas accès à des services de santé, même de base. Plus de 20 millions de personnes, dont la moitié d'enfants de moins de 5 ans, meurent chaque année de maladies qui pourraient être évitées ou facilement traitées, Pour 100 millions d'autres, le coût d'un traitement ou la perte de revenu liée à la maladie les conduisent à l'extrême pauvreté. Tant la mortalité que l'appauvrissement par les dépenses de santé pourraient être évitées, si l'objectif fixé il y a 30 ans déjà à Alma Ata "d'introduire et de maintenir les soins de santé primaires dans un système national de santé complet", était devenu réalité<sup>2</sup>.

Certes, une prise de conscience croissante de la nécessité de répondre à ce défi émerge, dont témoignent les trois objectifs du millénaire sur huit concernant la santé. Des moyens financiers considérables ont été dégagés, tant au plan national qu'international. Des engagements politiques ont été pris, vis-à-vis des pandémies, mais aussi en faveur de la santé de la mère et de l'enfant, et, plus récemment pour faire face à la crise des personnels de santé.

Malgré les différents efforts engagés, force est de constater que sans plan national de financement clair, global et prévisible des systèmes de santé, élaboré avec l'ensemble des partenaires nationaux et internationaux impliqués, il ne pourra y avoir de développement pérenne de ces systèmes, à même de délivrer de manière équitable des services de santé préventifs et curatifs de qualité à la population et donc de parvenir aux objectifs du millénaire pour le développement.

**Pour investir dans la santé, il convient avant tout d'investir dans les systèmes de santé.**

Il n'existe pas dans cette optique de remède miracle. La diversité des systèmes au sein même de l'Union le démontre. Il n'est donc pas question d'exporter ou d'imposer tel ou tel régime aux pays en développement. Néanmoins, pour accompagner les efforts nationaux des pays partenaires, l'Union dispose aujourd'hui d'expérience et d'outils lui permettant de leur proposer des appuis sur la durée, et adaptés à leur situation particulière. Elle pourrait ainsi jouer un rôle moteur dans ce domaine de la protection sociale en santé et de son financement, tout en mettant en pratique des modalités d'aide en plein accord avec les décisions les plus récentes sur l'efficacité de l'aide et le partage du travail.

L'objectif du présent document est de proposer à la réflexion des Ministres quelques principes pour un cadre d'appui à la couverture du risque maladie dans les pays concernés. L'Union européenne, jusqu'à maintenant active sur le dossier de la pénurie des ressources humaines en santé pourrait ainsi faire de la couverture du risque maladie l'autre pilier du renforcement des systèmes de santé. Elle disposerait alors d'une stratégie de coopération européenne forte pour le renforcement des systèmes de

---

<sup>1</sup> Définition proposée par l'OMS, [www.who.int](http://www.who.int)

<sup>2</sup> [http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827\\_1?language=french](http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_1?language=french)

santé. L'Union européenne pourra poursuivre ce nouvel objectif en cohérence avec la Déclaration de Paris sur l'efficacité et l'harmonisation de l'aide, à savoir avec une mobilisation et un engagement coordonnés de tous les acteurs européens de sorte que s'organise un partenariat prévisible, durable et cohérent. Le choix stratégique d'appui à la couverture du risque maladie, en complément de celui des ressources humaines en santé, permettrait également à l'Union d'être davantage impliquée dans le dialogue sectoriel "santé" qui représente un enjeu majeur pour le développement économique et social des pays en développement.

## **1 Les chiffres et les faits :**

En 2001, la Commission macro-économie et santé mise en place par l'OMS recommandait comme seuil minimum de dépenses pour la santé, un montant de 34 USD/an et par habitant pour assurer les services essentiels de santé préventive et curative. Ce montant doit sans doute être actualisé, et certains évoquent des chiffres nettement supérieurs (50 à 100 USD/an et par habitant, 39-52 USD retenus dans le cadre du compact IHP en Ethiopie). Or, dans pas moins de 66 pays à revenu bas ou moyen, ce montant est inférieur à 50 USD, et dans 28 autres il est compris entre 50 et 100 USD. Dans les pays à bas revenu 72% du financement provient de ressources nationales (65% dans les pays d'Afrique subsaharienne).

En outre, différentes études ont montré que le poids de ce financement reposait largement sur les plus pauvres. Plus le pays est pauvre et plus la part des dépenses assurée par les ménages est élevée, s'élevant à 66% des dépenses totales de santé dans les pays à bas revenus, à 36% dans les pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure, et à 20% dans les pays développés (en moyenne pondérée sur la population).

Depuis 2002 l'aide internationale en santé a été multipliée par deux, afin de répondre à des crises spécifiques telles que les pandémies de VIH/sida, de tuberculose et de paludisme, la mortalité infantile, ou plus récemment la crise des ressources humaines en santé. Dans certains pays (Tchad, Zambie, Malawi) l'aide internationale peut assurer jusqu'à 40% des dépenses de santé du pays. Malgré ces apports, il persiste pourtant un important déficit financier pour la santé dans la grande majorité des pays en développement. (Le besoin de financement total, basé sur les données de la CMH, et si les engagements d'Abuja étaient tenus, est évalué à 13,4 milliards d'euros par an dans le programme d'action de l'UE pour les OMD adoptés en juin 2008.)

Au-delà du montant global consacré, il existe une grande inégalité dans l'accès aux services de santé qui se traduit par des retards considérables des soins. Cette situation est liée à la persistance dans de nombreux pays de contributions des usagers au moment des soins (de manière officielle ou non), couplée à l'absence de système de pré-paiement. Ainsi, on estime que des raisons financières empêchent plus de 1.3 milliards de ménages d'accéder aux soins, tandis que plus de 150 millions chaque année doivent faire face à des dépenses de santé catastrophiques, conduisant une grande partie d'entre eux à basculer dans la pauvreté.

## **2 Les réponses à ce jour**

**2.1 De nombreux pays en développement** ont pris conscience de la nécessité de remédier à ce manque de moyens pour la santé et différentes initiatives ont ainsi vu le jour. Déjà en 2001 les ministres de la santé d'Afrique réunis à Abuja se sont engagés à accroître la part des budgets nationaux consacrée à la santé pour atteindre 15% de ces budgets. Si cet objectif n'a été atteint pour l'instant que par la Zambie, d'autres pays ont fait des progrès significatifs en ce sens (entre 1997 et 2003, Malawi de 4 à 10%; Ouganda de 4 à 11%). En outre certains d'entre eux ont initié des réformes ambitieuses pour créer des systèmes de protection sociale en santé couvrant des parties variables de la population (Thaïlande, Cote d'Ivoire, Kenya, Maroc), d'autres ont encouragé la création de mutuelles à base régionale (Rwanda)

ou professionnelles (Mali, Burkina, Sénégal), y compris en mettant en place des cadres législatifs ou réglementaires sous-régionaux (UEMOA).

### **Assurance sociale de santé au Ghana<sup>3</sup>**

Le Ghana, confronté au sous-financement de ses structures de santé, a introduit le Système National d'assurance santé (NHIS) en 2003. L'objectif de ce système était de fournir un financement soutenable pour assurer des soins de santé accessibles et de bonne qualité, particulièrement aux personnes pauvres et vulnérables. En septembre 2005 le nouveau système était totalement opérationnel dans 83 des 138 districts du pays. Il comptait 2.9 millions de membres, soit 14% de la population. Fin 2006 la couverture globale s'élevait à 38% de la population. Des difficultés existent néanmoins quant à l'intégration des plus pauvres et de ceux qui travaillent dans le secteur informel.

Le NHIS, qui est financé d'abord via l'impôt, recueille des ressources additionnelles pour le secteur de la santé d'une manière raisonnablement équitable. Cependant, avec seulement 38% de la population titulaire d'une carte de membre valide, les bénéficiaires de cet accès amélioré aux soins ne sont pas redistribués équitablement. Si le Ghana doit faire des progrès dans l'atteinte des OMD en santé il devra s'assurer au plus tôt que les groupes vulnérables sont couverts par le NHIS.

En parallèle, pour répondre aux difficultés d'accès aux soins rencontrés par leur population, plusieurs pays, ont aboli les contributions directes des usagers, soit pour l'ensemble de la population (Ouganda, Zambie) soit pour les femmes et les enfants (Niger, RDC, Burundi). Ces contributions avaient été souvent mises en place dans le cadre de l'initiative de Bamako, qui avait introduit en 1987 le principe de la participation financière des usagers, mais dont les effets négatifs sur l'accès aux soins des plus pauvres ont été jugés trop importants au regard des effets positifs en terme de disponibilité des médicaments et de motivation du personnel (équité vs efficacité). Cette abolition a été décidée le plus souvent sur des bases politiques, souvent sans réelle préparation et avec un accompagnement technique et financier (compensation) souvent très modérée.

### **Les mutuelles de santé au Rwanda<sup>4</sup>**

Les *mutuelles de santé* ont émergé dans le secteur de la santé au Rwanda comme une réponse communautaire à la ré-introduction du paiement des usagers dans les structures de soins publiques ou liées aux missions, et ont été soutenues par les autorités sanitaires et les ONG.

Le nombre de mutuelles est passé de 6 en 1998 à 76 en 2001 et 226 en novembre 2004. La couverture des groupes à bas revenus n'a été possible qu'après que le Ministère de la santé a commencé à subventionner les coûts d'adhésion pour les dix pour cent les plus pauvres. Cette mesure a permis de faire passer le taux de couverture par les mutuelles à soixante-dix pour cent en 2007. Cependant, vingt pour cent de la population reste exclu de tout système d'assurance de santé<sup>5</sup>. Par ailleurs, l'utilisation des services de santé demeurent bas puisque chaque usager doit payer dix pour cent du total des coûts de ces services.

<sup>3</sup> Traduit et adapté depuis ' **Health insurance in low-income countries-Where is the evidence that it works?**' by Esme Berkhout and Harrie Oostingh, Joint NGO Briefing Paper (Oxfam International, Action For Global Health, Medecins Du Monde, Save the Children, Plan, Global Health Advocates, Act Up Paris) May 2008, *Oxfam Publishing* with the permission of Oxfam GB, Oxfam House, John Smith Drive, Cowley, Oxford OX4 2JY UK [www.oxfam.org.uk](http://www.oxfam.org.uk) Oxfam GB does not necessarily endorse any text or activities that accompany the materials, nor has it approved the adapted text.'

<sup>4</sup> Ibid.

<sup>5</sup> 10% de la population sont couverts par des modes d'assurance privées autres que des systèmes de mutuelles

Il convient enfin de rappeler que des initiatives complémentaires, aux systèmes nationaux et souvent d'origine privée ont été proposées : elles peuvent être aussi bien spécifiques à un risque (forfait obstétrical en Mauritanie) qu'à un groupe de population (association de femmes travailleuses indépendantes en Inde).

**2.2 Au niveau international, l'intérêt pour le renforcement des systèmes de santé et leur financement a été renouvelé à la suite des déclarations et des initiatives lancées par le G8 à Saint Petersburg en 2006<sup>6</sup>.**

Lors du sommet suivant, en 2007 à Heiligendam<sup>7</sup>, la présidence Allemande du G8, soutenue par la France, a proposé l'initiative "Providing for Health". Cette initiative vise à établir un forum international de dialogue et de collaboration sur le financement des systèmes de santé dans les pays pauvres et pour le développement des initiatives prises afin d'améliorer l'efficacité d'un financement national et international en augmentation. Elle s'inscrit dans la dynamique plus large du Partenariat international en santé, l'IHP lancé en 2007, qui réunit les plus grandes agences dans le domaine de la santé, de nombreux pays donateurs et bénéficiaires de l'aide. Providing for Health s'appuiera au plan technique sur le Consortium « BIT-OMS-Allemagne-France », rejoint par l'Espagne récemment.

Conformément à son engagement lors de la réunion de Saint Petersburg, le Président Chirac a réuni les 15-16 mars 2007 à Paris, une conférence internationale « Couverture du risque maladie dans les pays en développement : rompre le cercle vicieux de la maladie et de la pauvreté ». Un an plus tard et afin de poursuivre la mobilisation internationale sur ce sujet, la France a organisé une deuxième conférence le 7 mai 2008. Cette conférence a réuni des représentants de haut niveau de plus de 30 pays, organisations internationales et associations autour du thème « Couverture du risque maladie dans les pays en développement : qui doit payer ? » et a atteint les résultats suivants : une mobilisation accrue autour de la dynamique liant santé, croissance et lutte contre la pauvreté ; un accord de la part des fonds spécifiques (Fonds Mondial de lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme (GFATM), et Alliance mondiale pour la vaccination (GAVI)) pour contribuer au financement des systèmes de santé des pays bénéficiaires, et une reconnaissance de la variété des approches et des initiatives possibles pour un financement innovant de la couverture du risque maladie. Enfin, la déclaration des Chefs d'Etat et de Gouvernement du G8 à Toyako en juillet 2008 a souligné à nouveau la nécessité pour les pays partenaires de travailler en vue d'un financement durable et équitable des systèmes de santé.

Cet intérêt renouvelé pour les modalités de financement de la santé a pu s'appuyer sur un travail important de recherches et de propositions réalisé en particulier au sein de l'OMS, suite à la résolution 58-33 adoptée en Mai 2005 par l'Assemblée mondiale de la santé " Financement durable de la santé, couverture universelle et sécurité sociale". La Banque mondiale et le BIT ont largement contribué à ce travail.

**2.3 Au niveau européen, le programme d'action de l'Union européenne pour les OMD ("EU Agenda for Action on MDGs") adopté par le Conseil en juin dernier a rappelé les ambitions et les engagements de l'Union. Vis-à-vis des OMD en santé ce programme d'action a fixé des cibles intermédiaires pour 2010, à la fois en termes de services rendus (moustiquaires fournies, accouchements**

---

<sup>6</sup> "L'accès aux soins de santé dans les pays en développement pourrait être sensiblement amélioré par un plus vaste éventail d'options de financement, notamment les programmes d'assurance-maladie ; nous encourageons une accélération des discussions au niveau international sur les approches pratiques permettant de développer la couverture des assurances-maladie publiques, privées ou à base communautaire dans les pays en développement, ..." Saint Petersburg 2006

<sup>7</sup> "Nous reconnaissons que l'accès à des soins de qualité demeure dans de nombreux pays d'Afrique un problème essentiel pour les pauvres et les catégories défavorisées. Sur la base de la Déclaration de Saint-Petersbourg et prenant acte de la Conférence de Paris de mars 2007, nous soutenons la mise en place par les pays d'Afrique de modes durables de financement de leurs systèmes de santé." Heiligendam, 2007.

assistés par du personnel qualifié) et en termes de soutien aux processus nationaux dans le cadre du Partenariat international pour la santé.

Pour ce qui concerne plus spécifiquement l'Afrique, il s'agit en outre d'engagements pris dans le cadre du Partenariat stratégique entre l'Union européenne et l'Union africaine, adopté en décembre 2007 à Lisbonne et qui retient parmi les actions prioritaires "...définir des actions communes visant à amorcer la création de systèmes de protection sociale de la santé ou le renforcement des systèmes existants", "... définir des actions communes visant à renforcer les systèmes de santé régionaux et nationaux, ce qui comprend notamment ... la suppression des honoraires pour les soins de santé de base". (Partenariat 4 pour l'atteinte des OMD, Action prioritaire 3).

Depuis 2001 l'Union a approuvé différentes stratégies ou plans d'action relatifs à la coopération en santé avec les pays en développement, dont les plus récents sont : en 2004-2005 la stratégie et le Programme d'action pour lutter contre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme par les actions extérieures, incluant la question de l'accès équitable aux médicaments de qualité ; les diverses conclusions du Conseil visant à confirmer les engagements de l'UE à l'égard de la Conférence du Caire pour ce qui concerne la santé sexuelle et reproductive ; et en 2006 la stratégie et plan d'action pour répondre à la crise des ressources humaines en santé dans les pays en développement.

### **3 Pour une démarche européenne ciblant l'appui aux systèmes de couverture maladie**

#### **3.1 L'Union européenne peut s'appuyer sur des atouts particuliers<sup>8</sup>.**

Au sein de l'Union européenne coexistent différentes approches ou systèmes pour le financement de la santé. Dans tous les Etats membres, une combinaison d'assurances de santé publique (impôt et sécurité sociale) et privée (assurance médicale maladie privée, partage des coûts/utilisateur et contributions des usagers au moment des soins) est utilisée. La dépense publique domine dans chaque pays de l'Union européenne, mise à part Chypre. La dépense privée (principalement à travers des paiements en main propre) représente moins d'un tiers des dépenses de santé totales et l'assurance de santé privée est bien au-dessous de 5% dans la plupart des Etats membres.

Les Etats membres tombent généralement dans trois catégories distinctes, la plupart des pays finançant principalement leur santé par des contributions de sécurité sociale (République Tchèque, France, Luxembourg, Estonie, Slovaquie, Belgique, Hongrie, Pays Bas, Roumanie, Lituanie, Pologne et Autriche). Suivent un groupe d'Etats membres qui financent principalement les soins de santé grâce à l'imposition générale (Royaume-Uni, Suède, Danemark, Irlande, Malte, Italie, Portugal, Espagne et Finlande) et enfin un groupe qui se repose toujours fortement sur les contributions des usagers au moment des soins (Chypre, Grèce, Lettonie et Bulgarie).

La diversité dans la collecte des ressources, dans leur mise en commun et dans la manière dont les fournisseurs de soin sont dédommagés pour délivrer les services de santé sont le fruit de l'histoire, parfois très récente d'ailleurs. Cette diversité, qui recouvre des résultats souvent proches en termes d'indicateurs globaux de santé, permet d'offrir aux pays partenaires des expériences variées et de mobiliser des compétences très diverses leur permettant de définir le système qui répond le mieux à leurs besoins et à leur organisation.

---

<sup>8</sup> Pour une vue d'ensemble des soins de santé financés dans l'Union européenne, voir "Health care financing in the context of social security", European Parliament, IP/A/EMPL/ST/2006-208.

L'UE dispose de cette expertise au sein des ministères et des organismes en charge de la santé et/ou des affaires sociales dans les Etats-membres. Leur mobilisation permettra en outre de renforcer la cohérence des interventions puisque ces organismes participent souvent à des échanges avec des organisations sœurs dans les pays en développement ou avec des réseaux (telle l'Association internationale de sécurité sociale, par exemple).

### **3.2 L'Union européenne dispose d'instruments financiers adaptés.**

L'aide internationale en santé est particulièrement fragmentée, en termes d'acteurs et de procédures. Les progrès dans le respect des principes de la déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide tardent à se concrétiser. Les travaux du forum d'Accra, où le secteur de la santé a été utilisé comme un secteur traceur, et les recommandations du Groupe de pilotage pour la réalisation des OMD en Afrique, mis en place par le Secrétaire général des Nations Unies sont particulièrement précis sur ce plan.

Le financement de la santé est un domaine dans lequel l'approche éclatée est très préjudiciable et une action plus concertée de l'Union constituerait un champ d'application privilégié pour le respect des principes de la déclaration de Paris et pour la division des tâches au sein de l'UE, tant pour ce qui concerne l'appui financier que pour ce qui concerne l'appui en expertise.

L'Union, Commission et Etats membres, est en première ligne dans la mise en pratique de ces principes, conformément aux engagements pris dans le Consensus européen pour le développement de 2005. Grâce à de nouveaux instruments tels que les contrats OMD elle s'engage dans des appuis à moyen terme (3 à 6 ans), plus prévisibles, au-delà des soutiens budgétaires globaux ou sectoriels. Les pays bénéficiaires ont pour leur part la responsabilité de fixer leurs priorités de développement et de les mettre en œuvre afin d'atteindre les OMD.

#### **Contrat Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD)**

La Commission européenne travaille, en consultation avec les Etats membres et les autres acteurs locaux, sur une proposition de contrat OMD de plus longue durée, avec une forme plus prévisible d'appui budgétaire. Le contrat OMD est destiné aux pays performants qui ont mis en œuvre avec succès l'appui budgétaire et démontré un engagement à réaliser et à suivre les OMD. Cette forme d'appui budgétaire durera six ans et fournira un montant minimum d'appui financier chaque année, à l'intérieur d'un cadre renforcé promouvant l'approche de l'aide par la performance et le suivi des résultats.

Le contrat OMD est une évolution par rapport au standard européen de l'appui au budget général de l'Union européenne qui vise à assurer une meilleure prévisibilité dans les pays où les conditions permettent une telle évolution, sans détériorer l'objectif de l'instrument concernant les résultats ou le souhait de prévoir une réponse graduée au regard de la performance réalisée par le pays bénéficiaire. Cet instrument est fondé sur une approche contractuelle : il offre une plus grande prévisibilité à long terme de l'aide en contrepartie d'un engagement ferme sur la mobilisation des ressources nationales et l'établissement d'une politique sectorielle sur le long terme. La prévisibilité des flux financiers est un élément particulièrement important pour les secteurs de l'Education et de la Santé. Une attention toute particulière sera ainsi portée sur les résultats atteints dans ces deux secteurs.

La Commission estime que jusqu'à 10 pays pourraient bénéficier du contrat OMD au cours du premier tour des accords de soutien budgétaire général du 10<sup>e</sup> Fonds Européen de Développement (FED), les conditions d'éligibilité devant être confirmées au cours de l'exercice d'évaluation. La couverture des pays bénéficiaire pourra être étendue (y compris aux Etats non-ACP) à la lumière de l'expérience qui sera acquise et en fonction de l'amélioration des cadres de suivi des pays. Néanmoins, des approches

alternatives resteront toujours nécessaires pour des pays qui ne sont pas encore éligibles à l'appui budgétaire de ce type.

Par le Code de Conduite dont elle s'est dotée en Mai 2007, l'Union s'est engagée à mettre en œuvre une division du travail en son sein afin d'alléger la charge de coordination et les coûts de transaction pour les pays partenaires.

Ces outils exigent de conduire avec les autorités nationales des dialogues politiques à haut niveau, globaux et/ou sectoriels, et permettent ainsi à la fois de susciter et/ou de soutenir l'engagement politique local. La grande prévisibilité des soutiens financiers apportés permettra d'engager des réformes de fond.

## **4 Conclusion et recommandations pour l'action de l'Union européenne**

### **4.1 Consolider le rôle pivot de l'Etat en tant que pilote et financeur de l'action**

L'engagement d'un pays dans une réforme ambitieuse du financement de son système de santé exige une mobilisation des autorités nationales au plus haut niveau, puisque des arbitrages sont nécessaires au sein de l'Etat mais également au-delà et que seule l'autorité publique à la légitimité pour négocier, et parfois imposer, ces arbitrages. L'appui de l'UE devra consolider l'Etat dans ce rôle central, comme pilote du processus et comme financeur ou co-financeur comme cela a été clairement rappelé lors de la Conférence de Paris du 7 mai dernier. C'est à lui qu'il revient en particulier de s'assurer de l'inclusion/ complémentarité des dispositifs innovants de couverture du risque maladie dans le système global de financement de la santé du pays.

Au-delà de ses effets directs sur l'accès aux soins, la mise en place de dispositifs de couverture du risque peut contribuer à la consolidation de l'Etat. Celui-ci donne en effet ainsi des gages de sa légitimité (et éventuellement de celle de l'impôt) en traitant une question centrale pour la vie des habitants. De plus il fait la preuve de sa bonne gouvernance en conduisant un processus très inclusif, indispensable pour bâtir un dispositif de couverture du risque maladie.

### **4.2 Travailler en partenariat avec de nouveaux acteurs**

a) La participation d'acteurs non-étatiques au processus de définition et de gestion de nouvelles modalités de financement de la santé est particulièrement nécessaire pour assurer la pérennité de dispositifs souvent basés sur des contributions volontaires (individuelles ou collectives). La confiance dans ces dispositifs ne pourra être obtenue qu'en faisant participer dès le début l'ensemble des parties prenantes. Les usagers et leurs communautés devront être impliqués, via des associations communautaires ou de patients, ainsi que les autorités locales et les syndicats. De même pour ce qui concerne les prestataires de soins publics et les institutions de soins confessionnelles. Le secteur privé, lucratif ou non lucratif, joue un rôle essentiel dans l'offre de soins dans les pays en développement, notamment en Afrique, et sa participation à l'élaboration des politiques nationales de financement de la santé est indispensable. Une place devra être faite également aux potentiels partenaires financiers tels que les fondations, les sociétés d'assurances et les mutuelles existantes.

b) La participation d'associations représentatives des diasporas devra être spécifiquement recherchée. En effet, une part significative des transferts financiers des émigrés à leur famille ou leur communauté d'origine est destinée à couvrir des frais de santé, sans réelle capacité de choix et à un coût souvent élevé. Une partie de ces ressources pourrait être canalisée vers des fonds de santé et contribuerait à en assurer la viabilité et l'efficacité, et la transparence. Les migrants devant faire des

choix difficiles dans l'allocation des fonds qu'ils transfèrent ils seront très exigeants sur la sécurité et la qualité du système mis en place.

Ainsi seraient créées les conditions d'un renforcement mutuel de l'Etat, garant du cadre et des partenaires de la société civile, ce qui est un gage de transparence et d'efficacité du dispositif.

### **4.3 Aider à définir un système national spécifique et adapté**

L'ensemble des études et travaux conduits sur ce thème montre qu'il n'existe pas de modèle standard, répliquable tel quel d'un pays ou d'une région à l'autre. Le respect de l'histoire, des valeurs et des outils existants dans le pays est fondamental.

Ce respect essentiel des particularités nationales ne devra toutefois pas s'exercer aux dépens de la priorité donnée aux exigences de solidarité financière et/ou géographique, par exemple en ce qui concerne les transferts sociaux, ou l'exigence de non sélectivité des risques dans les conditions d'adhésion. Le champ de la protection contre le risque maladie sera dépendant du panier de soins déterminés par les pays.

En outre la cohérence avec les autres éléments du renforcement des systèmes de santé (ressources humaines, politique d'accès au médicament, ..) devra être suivie avec attention. Le cadre naturel du suivi de cette cohérence devrait être celui du programme national de santé.

4.4 Promouvoir auprès des pays partenaires le respect des valeurs sur lesquelles sont fondés nos propres systèmes de santé

L'Union européenne, a approuvé en juin 2006 une déclaration sur "les valeurs et principes communs qui fondent les systèmes de santé des États membres"<sup>9</sup>. L'universalité, l'accès à des soins de qualité, l'équité et la solidarité constituent ce socle de valeurs communes. Outre ces valeurs fondamentales, il existe également un ensemble de principes de fonctionnement des systèmes de santé communs à l'Union européenne tout entière : qualité, sécurité, soins fondés sur des données probantes et sur l'éthique, participation du patient, accès à la justice, respect de la vie privée et confidentialité.

L'Union est tout à fait légitime à promouvoir ces valeurs et ces principes dans les systèmes qu'elle aidera à consolider et renforcerait ainsi la cohérence de son action.

### **4.5 Renforcer la coordination et l'harmonisation des acteurs internationaux et développer une approche concertée de l'Union européenne**

Pour les donateurs, l'accroissement des ressources nationales consacrées à la santé ne doit pas être perçu comme préparant un désengagement, bien au contraire. Un élément clé pour les dirigeants nationaux est en effet la visibilité à moyen terme des soutiens qu'ils auront dans le processus de réforme engagé.

L'engagement de l'Union dans l'amélioration de l'efficacité de l'aide et pour le respect des principes de la déclaration de Paris lui impose d'assurer une coordination et une harmonisation de ses interventions dans ce domaine, globalement, et localement sous l'égide des autorités nationales.

L'Union pourra s'appuyer sur l'initiative Providing for Health (P4H) afin de développer une action européenne renouvelée sur la couverture du risque maladie dans les pays en développement.

---

<sup>9</sup> Conclusions du Conseil sur les valeurs et principes communs aux systèmes de santé de l'UE, Luxembourg, 1 et 2 juin 2006; [http://www.eu2006.at/fr/News/Council\\_Conclusions/0106HealthSystems.pdf](http://www.eu2006.at/fr/News/Council_Conclusions/0106HealthSystems.pdf)

Providing for Health constitue un espace de concertation et d'échanges de pratiques en couverture du risque maladie pour les bailleurs de fonds et les institutions internationales (OMS, BIT, Banque mondiale), ainsi qu'une plate-forme commune pour répondre aux besoins en expertise à court ou moyen terme des pays bénéficiaires.

Le paysage de la santé internationale et du financement de la santé étant en pleine évolution, les pays peuvent bénéficier des contributions des fonds spécifiques (GAVI, Fonds Mondial) qui offrent la possibilité de financer directement des actions de renforcement des systèmes de santé, en particulier des systèmes de couverture du risque maladie. Des Fondations internationales ont montré leur intérêt à soutenir ces systèmes. Les partenaires de P4H s'engagent en outre à assurer au niveau local un échange d'informations et une division des tâches, dans l'esprit de la déclaration de Paris. Dans les pays où la dynamique IHP+ est engagée, celle-ci constituera le cadre dans lequel sera préparé et mis en place l'appui de P4H.

Le Conseil est invité à confirmer l'importance et l'intérêt d'une approche concertée de l'Union européenne sur le financement des systèmes de santé et de la couverture du risque maladie dans les pays en développement. La sensibilisation et la mobilisation des Etats membres sont nécessaires pour l'élaboration de cette politique communautaire. La Commission s'engage à poursuivre le travail initié et à préparer une Communication au Conseil qui reprenne et développe les principes et priorités définis ici, en liaison avec les Etats membres, au cours de l'année 2009.

---