



LA PROTECTION DE TOUS

Intégration des maladies non transmissibles
à la couverture sanitaire universelle au temps
de la COVID-19

Publié par l'Alliance sur les MNT, décembre 2020

Couverture: © shutterstock

Coordination éditoriale: Jimena Márquez

Conception et mise en page: Mar Nieto



Alliance sur les MNT | 31-33 Avenue Giuseppe Motta | 1202 Genève, Suisse
www.ncdalliance.org



© Helmsley Charitable Trust

LA PROTECTION DE TOUS

Intégration des maladies non transmissibles à la couverture sanitaire universelle au temps de la COVID-19

Remerciements	4
Résumé	6
Introduction	7
Contexte	8
Couverture sanitaire universelle (CSU)	8
Maladies non transmissibles (MNT)	11
COVID-19	14
Éléments à prendre en considération pour l'intégration des MNT à la CSU	14
Principaux défis à l'intégration des MNT à la CSU	16
Études de cas	17
Australie	18
Éthiopie	21
Inde	25
Jordanie	29
Mexique	33
Philippines	37
Rwanda	40
Suède	44
Recommandations d'experts nationaux	48
Biographie	52

◀ Alexis a reçu un diagnostic de diabète de type 1 à l'âge de 2 ans. [Cliquez ici](#) pour savoir comment le Helmsley Charitable Trust et Life for A Child aident les enfants atteints de diabète de type 1 au Mexique en fournissant un accès au diagnostic et au traitement.

Remerciements

Cette publication a été possible grâce à un partenariat entre l'Alliance sur les MNT et la fondation caritative Leona M. and Harry B Helmsley Charitable Trust. Ce rapport a été élaboré par l'Alliance sur les MNT et mis au point en collaboration avec huit alliances sur les MNT : l'Alliance australienne pour la prévention des maladies chroniques, le Consortium des associations éthiopiennes sur les MNT, la Healthy India Alliance, la Healthy Philippines Alliance, l'Alliance jordanienne sur les MNT, la coalition Mexico Salud-Hable, l'Alliance rwandaise sur les MNT et l'Alliance suédoise sur les MNT. Un grand merci à tous les membres de ces alliances pour leur contribution à la recherche et à la rédaction de ce rapport.

En outre, nous tenons à remercier le réseau des parties prenantes de l'Alliance sur les MNT pour les recommandations des informateurs clés, et tout particulièrement : La FDI (Fédération dentaire internationale), La fondation Fred Hollows, La Fédération internationale des associations de lutte contre le psoriasis, Life for a Child, Partners in Health, NCD Child, et l'Organisation mondiale de l'AVC.

Remerciements au Comité de pilotage

Un Comité de pilotage composé d'experts mondiaux en maladies non transmissibles et couverture sanitaire universelle a révisé et apporté ses contributions au plan du rapport, au questionnaire destiné aux entretiens et à la rédaction. Nous tenons à remercier les membres du Comité de pilotage pour leurs orientations sur le contenu et la révision :

D^{re} Apoorva Gomber, vivant avec un diabète de type 1, pathologiste, cofondatrice de Diabetes India Youth in Action, Inde

Mme Diana Vaca McGhie, Directrice du plaidoyer mondial de l'Association américaine du cœur, États-Unis

Mme Charity Muturi, Défenseuse de la santé mentale, Comité consultatif mondial Notre vision notre voix, Kenya

Prof Bo Norrving, Professeur de neurologie, ancien Président de l'Organisation mondiale de l'AVC, Suède

Prof David Peiris, Directeur du Programme mondial de soins de santé primaires (Better Care), George Institute, Australie

Dr Kaushik Ramaiya, endocrinologue consultant, Secrétaire général de l'Alliance tanzanienne sur les MNT, Tanzanie

Remerciements aux informateurs clés

Enfin, nous tenons à remercier les informateurs clés en Australie, Éthiopie, Inde, Jordanie, Mexique, Philippines, Rwanda et Suède, dont les contributions forment la colonne vertébrale de ce rapport. Nous les remercions pour leur temps et leurs avis d'experts. Avec leur autorisation ils sont cités tout au long de la publication. Voici la majorité d'entre eux identifiés par leur nom, leur poste et leur pays. Merci aussi à celles et ceux qui ont souhaité garder l'anonymat.

Univ : Expert universitaire

OSC : Représentant de la société civile

Gouv. : Représentant gouvernemental

PdS : Professionnel de santé

PLWNCD : Personne vivant avec une MNT

Australie : Mr Murray Turner, défenseur vivant avec le psoriasis, PDG de Psoriasis Australia (PLWNCD); Dre Lisa Studdert, ancienne secrétaire adjointe à la santé de la population pour le ministère fédéral de la Santé (Gouv.); Prof. Rob Moodie, Institut Nossal de la santé mondiale de l'Université de Melbourne (Univ.); Dr James Muecke, ophtalmologue, Australien de l'année 2020 (PdS); Mme Eithne Irving, Directrice générale adjointe et Responsable des politiques de l'Association dentaire australienne (OSC).

Éthiopie : M. Tsegamlak Zerihun, défenseur vivant avec un diabète de type 1 (PLWNCD); Dr Mahlet Kifle Habtemariam, ancien Directeur des MNT et ancien chef de cabinet du ministre de la Santé, actuellement principal responsable du Programme des MNT du Centre africain de contrôle des maladies (Gouv. 1); Dr Wubaye Walelgne, Conseiller principal du Programme des MNT auprès du ministère de la Santé (Gouv. 2); Dr Wondu Alemayehu, Comité consultatif national des MNT, Comité national pour la prévention de la cécité (Univ.); Prof. Abraham Haileamlak, cardiologue pédiatrique consultant à l'Université Jimma, co-président de la Commission nationale éthiopienne NCDI sur la pauvreté (PdS); M. Wondu Bekele, Consortium des associations éthiopiennes sur les MNT (OSC).

Inde : Mme Jyotsna Govil, membre du Comité consultatif mondial Notre vision, notre voix, Vice-présidente de la société indienne du cancer, Healthy India Alliance (PLWNCD); Prof Anand Krishnan, Centre pour la médecine communautaire à l'institut des sciences médicales All India (Univ.); Dr M. R. Rajagopal, médecin de soins palliatifs, Président de Pallium India, Healthy India Alliance (PdS); Mme Radhika Shrivastav, Directrice de la promotion de la santé de HRIDAY-Secrétariat, Healthy India Alliance (OSC).

Jordanie : Dr Suhail Jouaneh, défenseur vivant avec un cancer (PLWNCD); Dre Sima Kalaldehy, Endocrinologue (PdS); Mme Hanin Odeh, Directrice générale de la Royal Health Awareness Society (OSC 1); Mme Nisreen Qatamish, Fondation du Roi Hussein pour le cancer (OSC 2).

Mexique : M. Jaime Barba Zozaya, défenseur vivant avec une bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO), Comité bioéthique de l'Institut national des maladies respiratoires (PLWNCD); Dr Mauricio Hernández Ávila, Directeur des prestations économiques et sociales de l'Institut mexicain de la sécurité sociale (Gouv.); Dre Hortensia Reyes Morales, co-directrice des systèmes et politiques de santé à l'Institut national de santé publique (Univ.); Dr Hector Carrasco, médecin généraliste pour Partners in Health (PdS); M. Juan Núñez Guadarrama, Coordinateur de la coalition Mexico Salud-Hable (OSC).

Philippines : Mme Fatima Lorenzo, Présidente de l'Alliance philippine des organisations de patients (PLWNCD); l'Honorable Mario Villaverde, Sous-secrétaire au développement des systèmes et politiques de santé au ministère de la Santé (Gouv.); Mme Ana Maria Nemenzo, coordinatrice nationale de WomanHealth Philippines, promotrice de l'initiative Social Watch Alternative Budget - Health Cluster (OSC).

Rwanda : Mme Grace Gatera, défenseuse de la santé mentale (PLWNCD); Dr Francois Uwinkindi, responsable de la division MNT, Centre biomédical du Rwanda (Gouv.); Dr Jean Damascene Kabakambira, Chef du département de médecine de l'hôpital universitaire de l'Université de Kigali (Univ.); M. Gedeon Ngoga, chef infirmier spécialisé en MNT de Partners in Health (PdS); Dr Joseph Mucumbitsi, Président de l'Alliance rwandaise sur les MNT, pédiatre et cardiologue consultant en chef à l'hôpital King Faisal (OSC).

Suède : Mme Cajsa Lindberg, défenseuse vivant avec un diabète de type 1 et une tumeur au cerveau, membre du Comité consultatif mondial Notre vision, notre voix (PLWNCD); Mme Marie Lawrence, Directrice du système suédois basé sur la connaissance, Association suédoise des autorités locales et des régions (Gouv.); Prof. Lars Weinehall, épidémiologie et santé publique à l'Université d'Umeå (Univ.); Prof. Mai-Lis Hellenius Cederholm, médecine « mode de vie » à l'Institut Karolinska (PdS); Ulrika Årehed Kågström, Secrétaire générale de la société suédoise du cancer (OSC).

Résumé

Dans le monde, les maladies non transmissibles (MNT) sont responsables de 7 décès sur 10. 85% des décès prématurés dus à ces maladies se produisent dans les pays à revenu faible et intermédiaire (PRFI). Malgré l'urgence, de nombreux pays ont pris du retard dans l'intégration des MNT dans les régimes de prestation de la couverture sanitaire universelle (CSU), mettant en danger les vies de millions de personnes vivant avec des MNT (PLWNCD), ou les acculant à l'extrême pauvreté, tout en compromettant la réalisation des Objectifs de développement durable (ODD). Ainsi, la moitié des personnes vivant avec le diabète n'ont pas accès à l'insuline dont ils ont besoin pour survivre, et parmi certaines populations, plus de 60% des personnes vivant avec des MNT doivent faire face à des dépenses de santé catastrophiques. La situation des personnes vivant avec des MNT s'est aggravée avec la pandémie du coronavirus (COVID-19) qui a mis à jour les liens entre MNT, maladies transmissibles et crises sanitaires. La pandémie a également montré que les MNT étaient le maillon faible des systèmes de santé dans le monde et a révélé les ravages provoqués par la négligence des MNT et le sous-investissement dans la santé, la prévention et les services publics sanitaires essentiels au fil des années dans de nombreux pays. Outre le fait que les PLWNCD présentent un risque accru de développer des complications graves et de décéder de la COVID-19, 75% des pays ont signalé des dérèglements dans la prise en charge des MNT et seuls 38% des pays ont inclus les MNT dans les services sanitaires essentiels des plans de préparation et riposte à la COVID-19.

Ce rapport de recherche sur les politiques décrit les progrès réalisés à ce jour dans le monde pour intégrer les MNT dans les régimes de CSU. À travers l'analyse d'entretiens menés auprès d'experts d'Australie, Éthiopie, Inde, Jordanie, Mexique, Philippines, Rwanda et Suède, il partage des connaissances en présentant des exemples de ces pays et examine le rôle de la prévention et de la prise en charge des MNT pour améliorer la sécurité sanitaire à la lumière de la pandémie de COVID-19. Il démontre qu'il existe des méthodes éprouvées pour intégrer efficacement les MNT à la CSU à l'échelle nationale, dans différents contextes économiques, permettant ainsi aux gouvernements d'offrir prise en charge et protection financière aux personnes vivant avec des MNT dans l'ensemble de la population. Ces efforts permettront une plus grande équité et productivité et garantiront des populations en meilleure santé et plus en sécurité. L'intégration des MNT à la CSU, alors que nous reconstruisons « en mieux » après la pandémie, doit être la pierre angulaire de la préparation nationale et mondiale aux futures menaces sanitaires.

«
Je peux avoir peur d'une rechute de mon cancer, mais je sais que je serai prise en charge si elle se produit. Et ça c'est fondamental. »

Personne vivant avec un diabète de type 1 et une tumeur au cerveau,

Les décideurs politiques doivent, de toute urgence :

Reconnaître le rôle fondamental des MNT pour la CSU à l'échelle nationale et entreprendre une réforme, en faisant participer activement les personnes vivant avec des MNT et les organisations de la société civile (OSC) à l'élaboration et l'adoption de la législation, ainsi qu'à la révision permanente des régimes de prestations essentielles, et notamment des médicaments essentiels et des mécanismes de protection financière, en accordant la priorité aux populations marginalisées. Ils doivent également renforcer les systèmes de collecte de données pour la mise en œuvre de cadres de responsabilisation.

Prioriser la prévention et la prise en charge des MNT qui sont des éléments clés du développement de systèmes sanitaires résilients et une composante essentielle de la préparation aux pandémies et des réponses humanitaires.

Adopter une approche intégrée, inclusive et axée sur les personnes pour la prestation de services liés aux MNT, et qui soit adaptée aux besoins et capacités du pays et reconnaisse que de nombreuses personnes vivent avec plusieurs maladies, souvent chroniques et qui durent toute leur vie.

Assurer un financement suffisant des MNT, qui provienne d'une combinaison de recettes fiscales, régimes d'assurance maladie communautaire, aide au développement et mesures à double dividende comme les taxes sur les produits nocifs pour la santé, tels que le tabac, l'alcool, la malbouffe et les combustibles fossiles.

Introduction

Première cause de mortalité et d'incapacité, les MNT sont responsables de 71% des décès dans le monde. (1) Et pourtant, dans de nombreux pays, la couverture et l'accès aux services liés à ces maladies (diagnostic précoce, traitement, réadaptation et soins palliatifs) sont inadéquats. Trop souvent, les systèmes sanitaires sont fragmentés et orientés vers le traitement des maladies individuelles, au lieu de suivre une approche intégrée, tout au long de la vieⁱ, qui offre aux personnes les services et la prise en charge nécessaires pour une multitude de maladies. En outre, dans certaines populations, plus de 60% des personnes vivant avec des MNT ont dû faire face à des dépenses de santé catastrophiques.ⁱⁱ (2) Ces paiements directsⁱⁱⁱ pour le traitement et la prise en charge des MNT piègent souvent les foyers pauvres dans des cycles de dépenses, appauvrissement et maladie, notamment lorsqu'ils sont sous-assurés. (3) Dans bon nombre de PRFI, les MNT ne reçoivent pas un degré de priorité suffisant par rapport aux maladies transmissibles et aux affections maternelles et de l'enfant, ce qui révèle la réalité selon laquelle « en raison de la manière dont les gens sont formés, les gouvernements bien souvent se concentrent sur les problèmes de la dernière génération et pas sur ceux de la génération actuelle. » (Prof. Chris Murray, Directeur de l'Institut de métrologie et évaluation sanitaires).⁽⁴⁾

Plus que jamais au cours des crises sanitaires mondiales, la COVID-19 a creusé les inégalités sanitaires existantes et frappé plus durement les groupes vulnérables.

Cette maladie a mis à jour les liens existants entre MNT, maladies transmissibles et urgences sanitaires, et a accentué la nécessité de cesser de considérer les maladies en vase clos. La COVID-19 a également révélé les ravages provoqués par la négligence des MNT et l'insuffisance des dépenses publiques de santé, prévention et services sanitaires essentiels au fil des années dans de nombreux pays.

La pandémie de COVID-19 révèle le besoin de systèmes sanitaires solides, de personnels de santé résilients, qualifiés et dotés de ressources suffisantes, et de populations en bonne santé. Alors que nous vivons une période sans précédent, les dirigeants doivent se rappeler leurs engagements concernant la CSU, et continuer à les appliquer, en intégrant les MNT pour faire en sorte que personne ne soit laissé de côté dans la conception de la « Santé pour tous ».

Le présent rapport de recherche politique a été élaboré à l'attention des décideurs politiques des ministères de la Santé chargés de réaliser la CSU. Il présente les avancées mondiales réalisées à ce jour vers l'intégration des MNT dans les régimes de CSU, tout en partageant des connaissances, en présentant des exemples pris dans les pays, et en explorant le rôle de la prévention et de la prise en charge des MNT pour améliorer la sécurité sanitaire pendant et après la pandémie de COVID-19.

- i Une approche tout au long de la vie renvoie à la prestation de services de santé fournis aux personnes pendant l'intégralité de leur vie, de la naissance à la mort.
- ii Des dépenses de santé sont catastrophiques lorsque la participation financière d'un foyer au système sanitaire dépasse 10% du montant total de ses revenus.
- iii Les paiements directs de santé sont les paiements directs versés par les individus aux prestataires de santé au moment de l'utilisation des services.



Le laboratoire financé par la subvention de 3 millions de dollars du Fonds d'intervention pour les catastrophes peut effectuer jusqu'à 3 000 tests COVID-19 par jour, améliorant ainsi significativement les capacités de test du pays.

Contexte

Couverture sanitaire universelle (CSU)

« **La couverture sanitaire universelle est un choix politique: aujourd’hui, les dirigeants ont montré qu’ils étaient prêts à faire ce choix.** »

Dr Tedros Adhanom Ghebreyesus, Directeur général de l’OMS, lors de la réunion de haut niveau des Nations Unies sur la CSU de 2019.

La CSU est un engagement politique profondément ancré dans la conviction que jouir du plus haut niveau de santé physique et mentale possible est un droit humain fondamental, et que tous devraient pouvoir accéder à des services de santé essentiels de qualité sans subir de difficultés financières. Depuis l’adoption de la Déclaration d’Alma Ata sur les soins de santé primaires en 1978, qui a mis pour la première fois l’équité sanitaire sur l’agenda politique international, et jusqu’à la plus récente réunion de haut niveau (RHN) de l’Organisation des Nations Unies (ONU) sur la CSU de 2019, qui a mené à l’adoption d’une déclaration politique sur la CSU (5), les engagements politiques se sont multipliés. La CSU figure dans le cadre, les mesures et les cibles de la CSU de l’Organisation mondiale de la Santé (OMS) et la Banque mondiale (6), la cible 3.8 des ODD (7) et les cibles du « Triple milliard » de l’OMS (8). En outre, le rôle crucial des soins de santé primaires (SSP) dans la réalisation de la CSU a récemment été mis en valeur par la Déclaration d’Astana sur les SSP de 2018 (9). Les pays entreprennent à présent de traduire leurs engagements mondiaux dans des réponses nationales, mettre en place des cadres d’action et affecter de nouvelles ressources au développement des services sanitaires.

L’Organisation mondiale de la Santé définit la CSU comme*:

1 Des services sanitaires essentiels de **qualité** dans tout le continuum de soins disponibles selon les besoins.

2 Un accès **équitable** aux services sanitaires, qui couvre l’ensemble de la population et pas seulement celles et ceux qui peuvent se permettre des services.

3 Des mécanismes de **protection** contre les **risques financiers** en place pour s’assurer que le coût du recours à la prise en charge ne place pas les individus dans une situation de risque de difficultés financières.

*https://www.who.int/health_financing/universal_coverage_definition/en

TARGET 3-8



ACHIEVE UNIVERSAL HEALTH COVERAGE

ODD Cible 3.8 RÉALISER LA CSU

Faire en sorte que chacun bénéficie d’une couverture santé 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.

La CSU s’appuie sur les régimes de soins de santé primaires des pays pour garantir à toute la population l’accès à un vaste éventail de services sanitaires de haute qualité tout au long de la vie et dans tout le continuum de soins, y compris la promotion de la santé, la prévention, le dépistage, la gestion, la réadaptation et les services de soins palliatifs. La CSU assure une protection financière contre les paiements directs de santé élevés qui dissuadent les gens de se faire prendre en charge ou entraînent des difficultés financières, et entend ne laisser personne de côté, en donnant la priorité aux populations vulnérables.(5) Les SSP^{iv} ont été appelés le « moteur » de la CSU(10) et constituent une plateforme stratégique pour l’autonomisation des communautés, qui favorise la responsabilisation sociale et l’action multisectorielle

et permet l’intégration des services de santé et de solutions numériques innovantes.

Malgré les engagements politiques souscrits, la CSU est loin de devenir une réalité. Au moins la moitié de la population mondiale ne bénéficie pas d’une couverture totale des services de santé essentiels, et quelques 100 millions de personnes sont acculées à la pauvreté extrême chaque année parce qu’elles doivent payer leurs soins directement de leur poche.(1)(3) La CSU est un objectif ambitieux mais elle a le potentiel de transformer l’état de santé dans le monde et de contribuer à l’élimination de la pauvreté. Cependant, cet objectif ne pourra être atteint que si les MNT sont incluses dans les politiques nationales de CSU.(3)

^{iv} Les soins de santé primaires (SSP) constituent une approche pansociétale de la santé et du bien-être axée sur les besoins et préférences des individus, des familles et des communautés. Ils prennent en considération les déterminants plus vastes de la santé et se concentrent sur les aspects globaux et interdépendants de la santé et du bien-être physique, mental et social.



Au MOINS LA MOITIE DE LA POPULATION MONDIALE NE BÉNÉFICIE TOUJOURS PAS D’UNE COUVERTURE TOTALE DES SERVICES DE SANTE ESSENTIELS



QUELQUES **100 MILLIONS DE PERSONNES** sont acculées à la **PAUVRETÉ EXTRÊME** en raison des **COÛTS DES SOINS DE SANTÉ**

Illustration 1

Source: Rapport mondial de suivi 2017: la couverture-santé universelle (Tracking Universal Health Coverage: 2017 Global Monitoring Report)(11)

Indice de couverture des services de CSU par pays, 2015 : Indicateur ODD 3.8.1

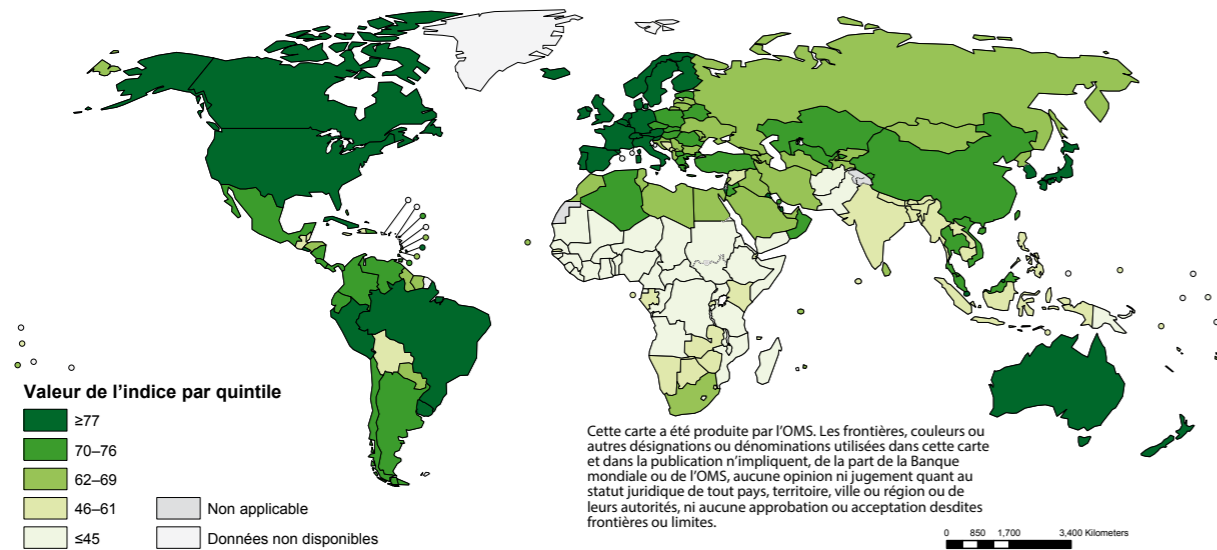


Illustration 2. Indicateur ODD 3.8.1 Couverture des services de santé essentiels (définis comme la couverture moyenne des services essentiels qui incluent la santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile, les maladies infectieuses, les maladies non transmissibles et la capacité et l'accès aux services, parmi la population générale et la population la plus défavorisée).

Incidence des dépenses de santé catastrophiques : Indicateur ODD 3.8.2, année la plus récente

Seuil de 10%

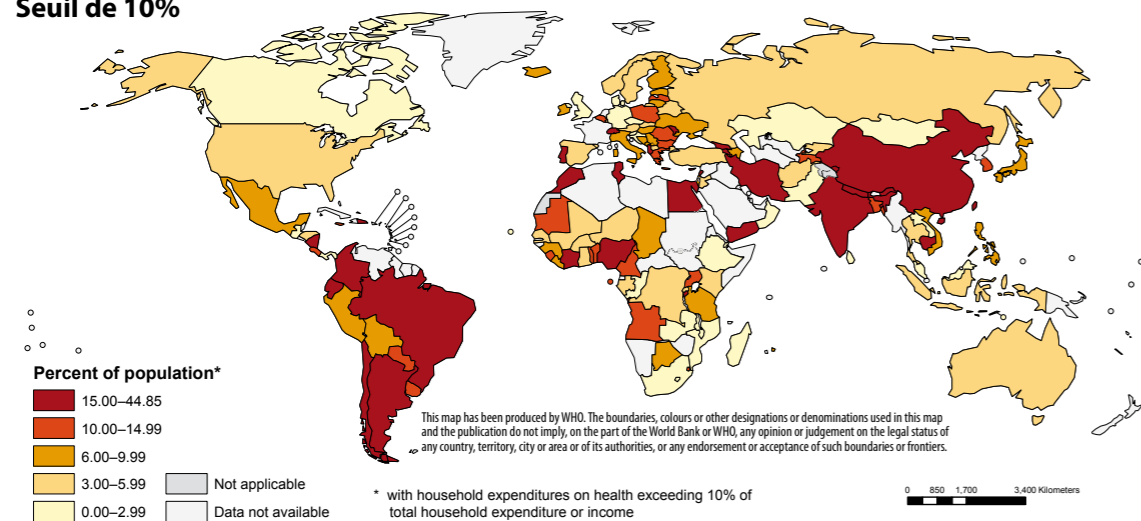


Illustration 3. Indicateur ODD 3.8.2 Pourcentage de la population devant faire face à des dépenses de santé catastrophiques

Source : Rapport mondial de suivi 2017 : la couverture-santé universelle (Tracking Universal Health Coverage: 2017 Global Monitoring Report). <http://documents.worldbank.org/curated/en/640121513095868125/pdf/122029-WP-REVISED-PUBLIC.pdf>

Maladies non transmissibles (MNT)

En 2011, les chefs d'État et de gouvernement se sont réunis pour reconnaître « que le fardeau et la menace que les maladies non transmissibles représentent à l'échelle mondiale constituent l'un des principaux défis pour le développement au XXI^e siècle, en ce qu'il vient remettre en cause le développement social et économique dans le monde entier et compromettre la réalisation des objectifs de développement arrêtés sur le plan international. »(12) Depuis, les MNT ont occupé une place de plus en plus prépondérante dans les agendas mondiaux de développement et de santé (12) (13)(14)(15) et été mis en exergue dans le Programme de développement durable à l'horizon 2030, notamment par la cible 3.4 des ODD.(7)

TARGET 3-4

Cible ODD 3.4 Réduire la mortalité due aux MNT et promouvoir la santé mentale

D'ici à 2030, réduire d'un tiers, par la prévention et le traitement, le taux de mortalité prématurée due à des maladies non transmissibles et promouvoir la santé mentale et le bien-être.

REDUCE MORTALITY FROM NON-COMMUNICABLE DISEASES AND PROMOTE MENTAL HEALTH

La distribution massive d'antibiotiques est l'une des quatre composantes de la stratégie SAFE, Éthiopie



« Si nous renforçons le système de santé, nous aurons une génération en meilleure santé et plus productive. Cela nous donnera l'occasion d'apprendre de nos aînés ».

Personne vivant avec un diabète de type 1, Éthiopie

En 2016, il y a eu 15 millions de décès prématurés^v dus aux MNT, dont 85% se sont produits dans les PRFI.(1) Le taux de mortalité ne représente cependant qu'une partie de la charge réelle des MNT. En raison de la transition épidémiologique qui provoque une augmentation de la double charge de morbidité^{vi} dans les PRFI, les MNT représentent désormais près d'un tiers de la charge de morbidité du milliard le plus pauvre de notre planète, dont la moitié touche des enfants et des adultes de moins de 40 ans.(16) On s'attend à une hausse de ces chiffres, étant donné que selon les prévisions démographiques, 25% de la population mondiale aura plus de 65 ans d'ici 2100.(17) Ceci aura une incidence considérable sur la prévalence des MNT, les recherches démontrant que la probabilité de vivre avec au moins une affection sous-jacente augmentent avec l'âge, et plus de 75% des personnes âgées de plus de 80 ans vivent avec deux maladies chroniques physiques et/ou mentales ou plus.(18)

v Le « taux de mortalité prématurée » est défini dans la cible 3.4 des ODD comme les décès de personnes âgées de 30 à 70 ans.

vi La double charge de morbidité fait référence à l'augmentation des MNT ainsi que des maladies transmissibles dans une population donnée.

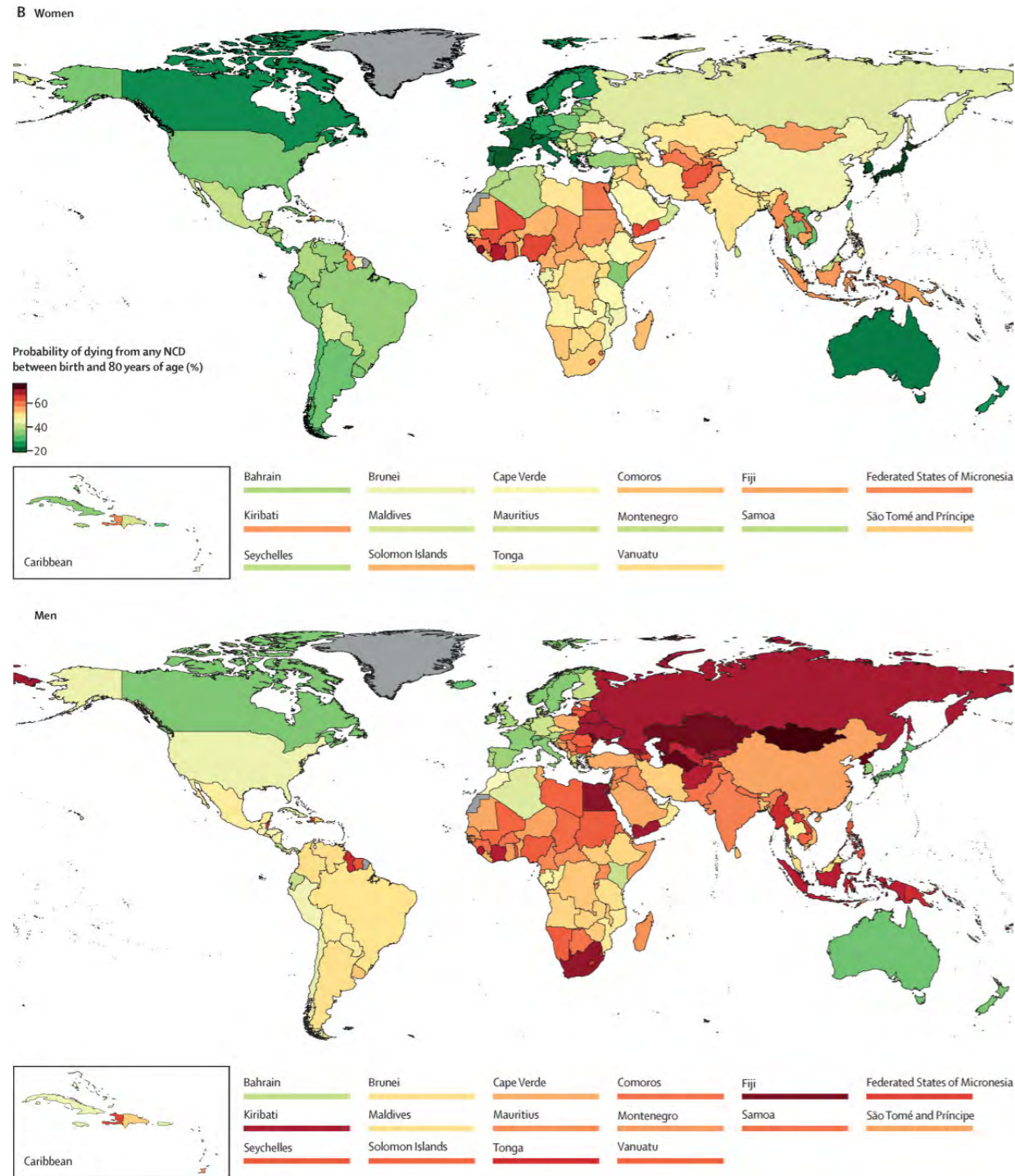


Illustration 4. Mortalité due aux MNT, dont les cancers; les maladies cardiovasculaires; le diabète; les maladies endocriniennes, sanguines et immunitaires; les maladies respiratoires, digestives (y compris du foie) et génito-urinaires non infectieuses; les troubles neurologiques; les troubles mentaux et liés aux toxicomanies; les anomalies congénitales; les affections touchant les organes des sens, la peau, l'appareil locomoteur et les maladies bucco-dentaires; par sexe pour 186 pays et territoires, tirée des estimations sanitaires mondiales de l'OMS pour 2016 (incluant trois pays ou territoires non considérés comme des États membres de l'OMS par souci de cohérence avec les totaux mondiaux).

Source: Compte à rebours 2030 pour les MNT: tendances mondiales de la mortalité due aux maladies non transmissibles et progrès vers la réalisation de la cible 3.4 des Objectifs de développement durable. (19)

La Déclaration politique des chefs d'État et de gouvernement issue de la RHN-ONU de 2019 sur la CSU a « réaffirmé les engagements forts pris dans les déclarations politiques adoptées aux réunions de haut niveau sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles », soulignant l'importance de l'intégration des MNT dans la CSU au plan national.(5) Ce message a été réitéré dans le deuxième rapport de la Commission indépendante de haut niveau de l'OMS sur les MNT publié en 2019, accompagné d'une recommandation à fournir une protection sociale adéquate contre le cycle de MNT et de pauvreté.(20)

La mortalité prématurée due aux MNT a commencé à baisser dans la plupart des pays, mais à un rythme trop lent, ce qui signifie que la cible 3.4 des ODD ne sera pas atteinte si des solutions testées et éprouvées ne sont pas mises en œuvre à l'échelon national.(21) L'inclusion des MNT dans l'objectif de la CSU visant à atteindre la cible 3.4 est cruciale si les gouvernements veulent espérer réaliser la cible 3.8 des ODD sur la CSU. Cependant, une analyse systématique menée dans le cadre de l'Étude sur la charge de morbidité mondiale de 2019 a démontré que de nombreux pays sont en retard sur les indicateurs de couverture effective des MNT, par rapport à ceux portant sur les maladies transmissibles et la santé maternelle et infantile.(22) Une mise en œuvre non systématique, parcellaire et faible de la CSU, et notamment le manque d'intégration des MNT dans les politiques de CSU, compromet la réalisation des ODD ainsi que la capacité des systèmes sanitaires du monde à protéger les populations contre de futures crises sanitaires.

Une action est nécessaire pour empêcher les populations de développer des MNT et pour construire des systèmes sanitaires solides, qui soient structurés, équipés et dotés en personnel pour faire face aux besoins actuels et futurs en matière de MNT. Il existe des interventions présentant un bon rapport coût/efficacité et pouvant potentiellement produire un bon retour sur investissement, notamment dans le paquet des interventions essentielles en matière de MNT de l'OMS.(23)(24) Protéger les personnes vivant avec des MNT contre des dépenses de santé catastrophiques est également indispensable pour s'assurer de ne laisser personne de côté.

« Aider les gens, c'est payant. Nous savons par exemple que les MNT sont un facteur majeur de pauvreté, et la pauvreté n'a pas qu'un impact sur vous, elle affecte toute votre famille. En aidant quelqu'un suffisamment tôt, on évite des coûts à l'avenir, tant en termes de souffrance qu'en termes économiques, comme une incapacité à travailler ou les complications d'une maladie. »

Personne vivant avec un diabète de type 1 et une tumeur au cerveau, Suède

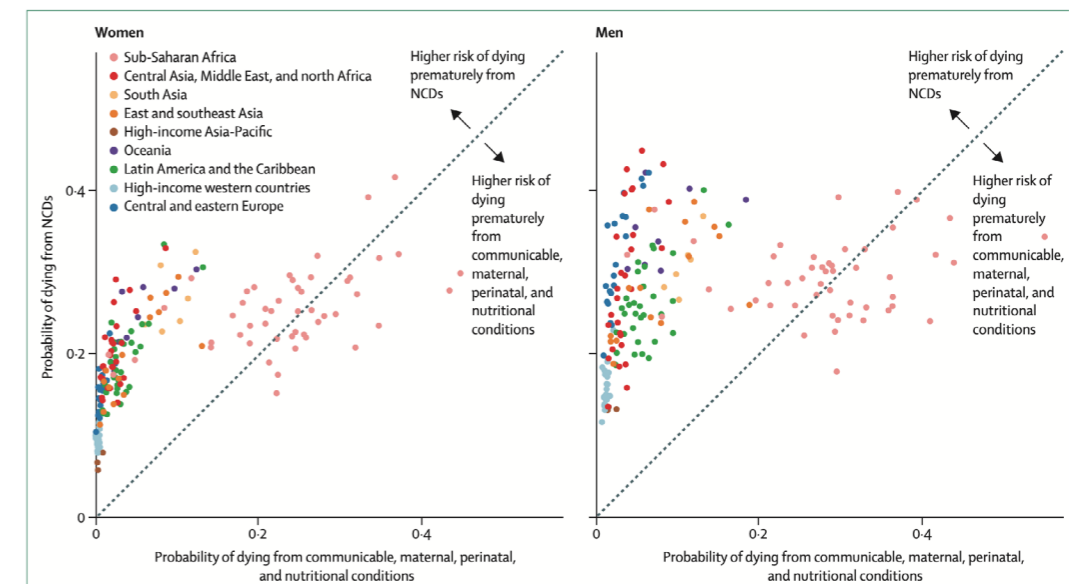


Illustration 5. Comparaison entre la probabilité de décéder d'une ou plusieurs MNT de la naissance à l'âge de 70 ans et celle de décéder d'une maladie transmissible, maternelle, périnatale ou nutritionnelle. Chaque point indique un pays.

Source: Politique sanitaire Compte à rebours 2030 pour les MNT: tendances mondiales de la mortalité due aux maladies non transmissibles et progrès vers la réalisation de la cible 3.4 des Objectifs de développement durable. (19)

COVID-19

La COVID-19 a mis à jour les liens existants entre MNT, maladies transmissibles et urgences sanitaires, et a accentué la syndémie^{vii} existant entre MNT et pauvreté. Bien que les personnes vivant avec des MNT soient plus susceptibles de développer de graves complications et de décéder de la COVID-19, 75% des pays ont signalé des dérèglements dans la prise en charge des MNT(25) et 93% des perturbations ou des interruptions des services de santé mentale cruciaux, pendant la pandémie.(26)

La COVID-19 exige de toute urgence de porter une attention renouvelée aux systèmes de soins, et notamment à la CSU, afin de garantir la protection de tous. Les MNT sont cruciales pour assurer la progression de la sécurité sanitaire, et pourtant seuls 38% des pays ont inclus ces maladies dans les services sanitaires essentiels de leur plans de préparation et riposte à la COVID-19, et seuls 7% y ont spécifiquement mentionné la gestion du diabète.(27) Alors que les gouvernements cherchent à reconstruire en mieux, l'intégration des MNT dans la CSU doit être une pierre angulaire de la préparation nationale et mondiale face aux futures menaces sanitaires.

Éléments à prendre en considération pour l'intégration des MNT à la CSU

Nature chronique

Les MNT sont chroniques par nature et durent souvent toute la vie. Les personnes vivant avec des MNT, comme le diabète de type 1 par exemple, ont souvent des interactions multiples avec le système sanitaire sur de longues périodes de leur vie, et peuvent nécessiter un dépistage de complications éventuelles, une gestion de l'incapacité et une prise en charge de longue durée, qui inclue réadaptation et soins palliatifs. Cette nature chronique trouve un écho dans l'accent mis sur les SSP par la CSU. Les SSP soutiennent la prestation d'une prise en charge complète, qui inclue la promotion de la santé et les soins préventifs aux côtés des soins cliniques, et reconnaissent l'interdépendance de la santé et du bien-être physiques, mentaux et sociaux.(28) Les maladies chroniques exigent que les politiques de CSU soient adaptées aux contextes locaux par le biais de consultations avec les parties prenantes pertinentes, dont les personnes vivant avec des MNT. Les consultations devraient assurer une représentation

adéquate de la population, en termes de démographie, d'épidémiologie des maladies et de facteurs de risque pour que les données obtenues puissent se traduire par des politiques axées sur l'humain et ayant un impact réel.(29)

Exemples

Le gouvernement de la République de Moldova a amorcé des réformes en vue de décentraliser le système de soins, faisant basculer des ressources financières des soins tertiaires vers les SSP, tout en introduisant une assurance santé obligatoire. Ce pays a en outre intégré les MNT dans le régime de base de soins essentiels. Une évaluation de l'impact de ces réformes a démontré une disponibilité accrue des services essentiels liés aux MNT.(30)

Comorbidités

De nombreuses personnes vivent avec de multiples MNT ou avec une MNT et une maladie transmissible chronique telle que la tuberculose ou le VIH/Sida.(31) Cette réalité de longue date a été mise en évidence et avec la pandémie de COVID-19, elle a obtenu l'attention des politiques. Alors que la durée de la vie s'allonge grâce aux améliorations en matière de soins de santé, de nutrition et d'assainissement, et à la réduction de la pauvreté, et tandis que l'exposition aux principaux facteurs de risque des MNT (tabagisme, alcool, mauvaise alimentation, sédentarité et pollution atmosphérique) atteint les quatre coins du monde, vivre avec plusieurs MNT devient de plus en plus fréquent. Ceci pose des défis considérables aux systèmes sanitaires qui ont jusqu'à présent été conçus pour traiter des maladies individuelles.(32)

Exemples

Au Kenya, un programme de dépistage du cancer du col de l'utérus a été intégré aux services existants sur le VIH/Sida, ce qui a permis des économies de coûts et de gagner en efficacité par rapport au dépistage mené de façon indépendante, en réduisant les frais généraux, le transport des patients et le temps des appels aux prestataires.(33)

Tout au long de la vie

La CSU permet aux gouvernements de faire en sorte que les populations bénéficient d'une approche de soins « tout au long de la vie », essentielle pour la prévention

des MNT, des complications et des comorbidités. L'exposition aux facteurs de risque des MNT peut déjà commencer in utero (tabac, alcool, exposition à la pollution de l'air) et les habitudes de consommation de produits nocifs pour la santé peuvent commencer pendant l'enfance, l'adolescence ou chez les jeunes adultes (tabagisme, utilisation nocive de l'alcool, manque d'activité physique et malnutrition, dénutrition, surpoids et obésité compris). L'exposition à la pollution de l'air, que ce soit à l'intérieur ou à l'extérieur, est également un risque qui existe tout au long de la vie en raison de la tendance mondiale à une urbanisation rapide. En outre, avec une population qui vieillit globalement, la charge des MNT exigera un soutien accru aux populations les plus âgées qui sont plus à risque de développer ces maladies et les incapacités qui les accompagnent. La CSU permet aux pays d'aborder les facteurs socio-économiques et commerciaux interdépendants qui ont un impact tant sur la santé que sur le développement et mettent aussi l'accent sur les droits humains (jeunes et seniors, égalité des genres et équité), en s'assurant ainsi de ne laisser personne de côté. (34) La CSU permet l'intégration d'un Système d'information pour la gestion sanitaire (HMIS) solide dans le système des soins de santé et permet la collecte de données sur les facteurs de risque, les maladies et la prise en charge par âge et par genre.

Complète

Les MNT exigent un continuum de soins englobant promotion de la santé et prévention, dépistage, diagnostic précoce, traitement, réadaptation et soins palliatifs. Un CSU complète garantit l'inclusion de services essentiels et médicaments essentiels tels que l'insuline, dans les régimes nationaux, en vue d'améliorer la santé et le bien-être des populations.

Exemples

Une étude au Bangladesh a démontré que les prestataires de services sanitaires étaient de l'avis que l'intégration de la prise en charge des MNT dans les soins de santé primaires, à travers des « antennes MNT » développées par le gouvernement a permis d'améliorer considérablement la sensibilisation à ces maladies, leur prise en charge et les services d'orientation des patients.(35)

Une analyse économique récente menée au Bhoutan a suggéré qu'étendre le dépistage actuel du diabète et de l'hypertension artérielle dans un programme de dépistage universel serait rentable et viendrait soutenir la mise en œuvre du paquet d'interventions essentielles de l'OMS pour la prise en charge des MNT au niveau des SSP.(36)

Multisectorielle

À eux seuls, le secteur sanitaire et les politiques de santé ne peuvent pas atténuer la charge que font peser les MNT sur la santé et l'économie. La plupart des facteurs de risque des MNT (tabac, alcool, mauvaise alimentation, sédentarité et pollution de l'air) sont le fait d'autres secteurs, dont la finance et la fiscalité, l'industrie, l'agriculture, le commerce, l'éducation, l'emploi et le transport. Les déterminants sociaux et économiques, ainsi que les environnements dans lesquels nous vivons jouent un rôle crucial pour l'exposition aux facteurs de risque et à la vulnérabilité des MNT. Une approche pangouvernementale et pansociétale est nécessaire afin de développer une approche globale des MNT. Étant donné la charge que représentent ces maladies, l'attention portée par l'ensemble du gouvernement à ces maladies est même essentielle du point de vue économique.

Exemples

Un modèle économique mis au point pour le Mexique a prévu qu'en augmentant les ressources allouées à la promotion et la prévention du diabète et de l'hypertension artérielle, il serait possible de dégager des économies de coûts allant jusqu'à 80% de la charge économique actuelle de ces maladies.(37)

Une analyse situationnelle des progrès accomplis par la Chine vers la réalisation de la CSU a reconnu que le transport public, les énergies propres et les équipements de loisirs sont importants pour atteindre les ODD liés à la santé.(38)

Bon nombre d'autres pays vont dans le même sens, comme par exemple avec l'Initiative Healthy Cities menée à Dar es Salaam et dans la ville du Cap. (39). En outre, le groupe de travail interministériel sur la santé et l'environnement en Afrique rassemble les secteurs de la santé et de l'environnement pour aborder les menaces environnementales à la santé humaine. (40)

vii La syndémie est définie comme l'entrelacement de deux maladies ou plus qui, par leur synergie, interagissent avec une population. Les syndémies se caractérisent par des interactions biologiques et sociales entre pathologies et états, qui accroissent la susceptibilité d'une personne à souffrir ou à voir son état de santé s'aggraver.

Principaux défis à l'intégration des MNT à la CSU

Les systèmes sanitaires des PRFI ont souvent été principalement conçus pour répondre aux maladies infectieuses et aux affections aiguës et ne sont pas encore bien équipés pour faire face à la transition épidémiologique vers une charge accrue de MNT.

- Dans la CSU, les MNT sont négligées par rapport aux maladies transmissibles. Ainsi, une analyse comparative du coût et de la charge économique de la maladie au Népal a montré qu'entre 1995 et 2010, les paiements directs de santé concernant les affections aiguës occasionnées par les maladies transmissibles, ont baissé de 1,5% mais les coûts des MNT chroniques ont augmenté de 4,6% et ceux des blessures de 7,3%.(41)
- Il reste beaucoup à faire pour intégrer les MNT dans les systèmes sanitaires de nombreux PRFI. Ainsi, une étude menée au Bangladesh a montré que les prestataires de services sanitaires ont identifié, en tant que défis à l'intégration de la prise en charge des MNT dans la CSU, un manque d'orientations spécifiques et de procédures opérationnelles standard, une absence de personnel formé, la faiblesse des systèmes de notification et le caractère inadéquat des installations de laboratoire.(35) Une étude en Iran a révélé que malgré la disponibilité de lignes directrices en matière de MNT, le corps médical ignorait leur existence, notamment parce que le ministère de la Santé n'avait pas impliqué les organisations des professionnels de santé dans la diffusion du matériel informatif.(42)
- Les services de support, tels que la recherche et le financement ont également un rôle à jouer dans l'intégration de la prise en charge des MNT. Un examen de la portée d'une recherche opérationnelle menée en 2020 sur les problématiques des politiques en matière de MNT a montré que la majorité des études de recherche prenaient en considération l'équité dans le cadre de leur analyse. Cependant, les recherches publiées ne reflétaient pas pleinement les besoins des populations quant à la charge de morbidité relative (en espérance de vie corrigée de l'incapacité ou EVCI) et l'analyse des différents impacts des politiques sur les sous-groupes de populations était rare.(43)
- Compte tenu de la quasi-inexistence d'allocations au titre de l'aide publique au développement (APD) pour la prévention et la prise en charge des MNT, les gouvernements des PRFI ont reçu peu de soutien pour l'intégration des MNT dans la CSU, notamment en raison des incitations financières existant pour les maladies transmissibles et aiguës afin de s'aligner sur les intérêts des financeurs externes (le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme ou Gavi, ou l'Alliance du Vaccin, par exemple).(44)(45)

Les MNT touchent aussi bien les communautés riches que pauvres des pays à revenu élevé, intermédiaire et faible. Elles ont cependant plus d'impact sur les communautés défavorisées dont l'accès à des soins de santé adéquats et en temps opportun est réduit. Ces inégalités sanitaires sont creusées par la pauvreté et le manque d'éducation à la santé.(28)

- Il existe de grandes différences dans l'accès aux médicaments de qualité entre les pays. À titre d'exemple, il y a 17 700 médicaments sur la liste des médicaments essentiels en République de Corée mais seulement 190 en Mongolie.(46) Même lorsque les pays fournissent des médicaments essentiels, leur qualité est parfois inégale. Des tests effectués sur les médicaments antihypertenseurs au Rwanda, par exemple, ont montré qu'ils étaient inférieurs de 20% à la norme au moment de l'achat et de 70% au bout de six mois de stockage. (47)
- La variabilité de l'accès à des soins et des médicaments de qualité n'est pas uniquement un problème entre les pays, mais également au niveau national, les groupes défavorisés ayant souvent un accès plus limité que les tranches les plus aisées de la population. Ainsi, un examen de la prise en charge des MNT réalisé en 2019 dans la république du Moldova a révélé que la prise en charge était de meilleure qualité dans les établissements urbains qu'en milieu rural. En outre, une enquête transversale menée en 2018 au Kenya sur les personnes vivant avec des MNT a montré que les foyers les plus pauvres sont moins susceptibles d'avoir des médicaments pour MNT chez eux, font face à davantage d'obstacles en matière de disponibilité et d'accès (souvent parce qu'ils vivent plus loin de l'établissement sanitaire le plus proche et de pharmacies bien approvisionnées que les foyers plus aisés), et paient les médicaments systématiquement plus cher que les classes moyennes.(48)

Le manque de protection financière contre les dépenses directes de santé accentue les inégalités.

- Le manque de protection financière accentue les inégalités entre les pays. Ainsi, au Nigéria, pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure, 71,1% des dépenses totales de santé en 2014 étaient estimées comme étant constituées par des paiements directs, à comparer à 6,3 en France, pays à revenu élevé.(49)
- Malgré cela, l'aide publique au développement (APD) des MNT est faible, seul 1 à 2 % étant destinée à ces maladies à l'échelle mondiale.(44) (45)

Études de cas

Huit pays (Australie, Éthiopie, Inde, Jordanie, Mexique, Philippines, Rwanda et Suède) ont été sélectionnés pour une étude de cas via un échantillonnage systématique non probabiliste pour démontrer des exemples de bonnes pratiques d'intégration des MNT dans les politiques de CSU et assurer la représentation de l'ensemble des catégories de l'Atlas de la Banque mondiale, ainsi que des situations géographiques et politiques. Au sein des huit pays, cinq informateurs clés ont été choisis pour garantir la représentation des gouvernements, des experts académiques, des professionnels de santé, de la société civile et des PLWNCD. Les réseaux des alliances sur les MNT et les parties prenantes mondiales de l'Alliance sur les MNT ont été mis à contribution pour identifier les informateurs adaptés.

Au total, 39 informateurs clés, cités à la rubrique Remerciements du présent rapport, ont répondu à la demande d'entretien et participé à un entretien semi-structuré qui examinait les catalyseurs communs du succès de l'intégration des MNT dans les politiques de CSU, ainsi que les défis rencontrés, à travers le prisme de la COVID-19. Tous les entretiens se sont déroulés entre août et septembre 2020, et en

raison des restrictions de voyage mondiales dues à la COVID-19, 35 entretiens ont été menés par visioconférence et quatre informateurs clés ont répondu par écrit. 35 entretiens ont été menés en anglais et quatre en espagnol. Tous les entretiens ont été transcrits en anglais et codés selon des codes clés à l'aide de Nvivo, un logiciel informatique d'analyse qualitative de données.(50)

Les résultats des entretiens sont présentés ci-dessous sous la forme de huit analyses pays, qui étudient les politiques de CSU en termes de gouvernance et d'équité, de services couverts par la CSU et inclusion des MNT, et de protection financière. Des analyses clés portant sur les facteurs facilitant l'intégration des MNT dans la mise en œuvre de la CSU, l'impact de la COVID-19 et les défis et recommandations pour les prochaines étapes sont également mises en évidence. Sauf indication contraire, les statistiques des pays sont extraites des ensembles de données de l'OMS en libre accès,(49) à l'exception de la superficie du pays qui est issue de la base de données de la Banque mondiale.(51)



Univ. : Expert universitaire
OSC : Représentant de la société civile
Gouv : Représentant gouvernemental
PdS : Professionnel de la santé
PLWNCD : Personne vivant avec une MNT

Australie



Superficie
7 741 220 km²



Population
24,1 millions d'habitants



Espérance de vie (H/F)
81/84



87%
Taux de CSU

«

Le problème ce n'est pas d'obtenir l'attention du public sur les MNT... Le problème c'est qu'il y a des gens qui meurent et des gens qui ont de grosses difficultés. »

Univ.

Gouvernance et équité

Le plan pour les MNT de l'Australie a été créé en 1984. A l'heure actuelle, le gouvernement central, les États et territoires et les gouvernements locaux partagent la responsabilité du financement et de la gestion des services sanitaires du pays. Le gouvernement central fournit un financement aux États et territoires et supervise également le plan de remboursements des régimes d'assurance-maladie (MBS) et celui des prestations pharmaceutiques (PBS) (cf. Protection financière) En 2017, avec l'adoption d'un cadre stratégique national des maladies chroniques, l'Australie s'est éloignée d'une approche des MNT basée spécifiquement sur la maladie pour se concentrer sur les déterminants de santé communs, les facteurs de risque et les multimorbidités d'un vaste éventail de MNT.(52)

Dans une optique d'équité, des filets de sécurité ont été inclus dans les mécanismes de protection financière, en plus d'un accès gratuit aux soins et de mesures ciblant les populations défavorisées. Des services de santé indépendants et régis par la communauté ont également été mis en place, ce qui permet aux Aborigènes et aux insulaires du Détroit de Torrès de prodiguer des soins à leurs populations.

Services couverts par la CSU et inclusion des MNT



Probabilité de décès prématuré dû à une MNT **9,1%**

Prévalence de tension artérielle normale **84,8%**

Glycémie à jeun moyenne **551 mmol/L**

Couverture du programme national de dépistage du cancer du col de l'utérus **50-70%**

Prévalence normalisée par tranche d'âge du tabagisme actuel chez les personnes âgées de 15 ans et plus **16,2%**



POPULATION

Lits d'hôpitaux **38,4/10 000**

Médecins **36,78/10 000**

Psychiatres **13,53/100 000**

Chirurgiens **17,34/100 000**

31 réseaux de santé primaires dans toute l'Australie assurent la coordination des services de santé à l'échelle locale. Récemment, le gouvernement a établi un groupe de travail pour réviser les services fournis au titre du MBS afin de faire en sorte que les services et produits recommandés soient éprouvés, performants et qu'ils présentent un bon rapport coût-efficacité.

Santé bucco-dentaire

Il y a eu de grandes avancées de santé publique dans la lutte antitabac, qui ont eu des retombées positives dans la santé bucco-dentaire, et 85% de la population a accès à de l'eau fluorée. 85% des services de santé bucco-dentaire sont fournis par le secteur privé; cependant des actions ciblées sont disponibles à travers le MBS pour les populations défavorisées ou les groupes présentant des risques élevés. Ainsi, un régime de prestations dentaires infantiles permet aux enfants de moins de 18 ans d'accéder aux services préventifs à hauteur d'un plafond défini tous les deux ans, grâce à un système de bons.

Psoriasis

Les traitements tels que les médicaments biologiques pour le psoriasis, dont on estime qu'il touche 1,88% de la population(53), sont disponibles via le système PBS. Le taux de comorbidités est élevé, mais l'approche centrée sur la personne est inégalement appliquée et dépend du spécialiste de santé responsable de la prise en charge.

« On ne meurt pas du psoriasis, on meurt d'une comorbidité associée. Le risque de développer une comorbidité est réduit avec un traitement biologique, mais le niveau fixé pour pouvoir bénéficier de ces médicaments à travers le PBS est élevé et constitue un obstacle relativement significatif pour pouvoir entamer ce traitement. » PLWNCD



Sydney, Australia. © ILO/Pornsiri Pattanasumitichai.

Protection financière

Coût des soins de santé **9,42 % du PIB**

Pourcentage de foyers dont les dépenses de santé sont >10% **3,71%**

Le MBS offre une prise en charge subventionnée tandis que le PBS fournit un accès subventionné à plus de 5 200 médicaments. Ces deux systèmes sont

financés par le gouvernement central et les mutuelles privées sont encouragées en tant que méthode pour compenser les coûts au sein du système public. La plupart des prestataires pratiquent des dépassements d'honoraires, créant ainsi un « différentiel » dont les coûts sont parfois couverts par les mutuelles. Il existe des filets de sécurité intégrés tant au MBS qu'au PBS en vue de plafonner les paiements directs de santé et une carte de réduction, disponible pour les populations défavorisées, permet un accès gratuit.

Facteurs facilitant l'intégration des MNT dans la mise en œuvre de la CSU

L'accent est mis sur la prévention des MNT, notamment par des actions visant à réduire les taux de tabagisme

Les campagnes pour arrêter de fumer, de promotion de l'arrêt du tabac, étaient en vigueur dans tout le pays dès le début des années 80 et les taxes sur les cigarettes sont revues à la hausse continuellement. D'autres mesures incluent : des interdictions de la publicité pour les cigarettes, l'introduction de l'emballage neutre/générique avec des avertissements visuels contre la cigarette, les restrictions à la consommation de tabac sur le lieu de travail et dans les zones de restauration, ainsi que l'inclusion d'aides anti-tabagiques dans le PBS. Tout ceci a permis une baisse du taux de tabagisme quotidien des personnes âgées de 18 ans et plus, qui est passé de 22,3% en 2001 à 14,7% en 2015.(54)

Services de santé contrôlés par les communautés autochtones

Depuis les années 70, bon nombre de communautés Autochtones et d'insulaires du Détroit de Torrès ont mis sur pied des services de santé indépendants et régis par les communautés qui permettent aux Autochtones et aux insulaires du Détroit de Torrès de prodiguer des soins de santé primaires à leurs populations.(52) Il existe environ 140 services de ce type en milieu urbain, régional ou reculé. Récemment, l'Accord national sur la réduction des écarts a été révisé et continue d'impliquer les Autochtones et les insulaires du Détroit de Torrès en tant que décisionnaires, dans les processus d'élaboration des politiques.

Processus continu de suivi et révision des politiques de lutte contre les MNT

Le gouvernement a dû appliquer une « progression constante » pour affronter avec succès les MNT. Elle passe par de la collecte de données et un suivi et une révision réguliers des politiques.

« Il s'agit d'un cheminement lent et progressif, aucune intervention unique ni aucun paquet d'interventions ne permettra d'affronter les MNT. » Gouv.

Prochaines étapes

Continuer de mettre l'accent sur la prévention, notamment en abordant les facteurs du diabète et de l'obésité

« Chacun de nous doit être personnellement conscient des facteurs de risque du diabète et de l'obésité. Des campagnes de sensibilisation sont nécessaires pour informer les gens des dangers du sucre et des aliments ultra-transformés. » PdS

« L'industrie de la malbouffe et de l'alcool a beaucoup appris du secteur du tabac, elle a appris à bien mieux jouer le jeu. » Univ.

Défis

Inégalités persistantes au sein des populations migrantes et des groupes autochtones

Les indicateurs de santé relatifs aux populations migrantes et aux groupes autochtones accusent du retard et le gouvernement se rend compte qu'il doit adapter ses messages et les services destinés à ces populations, pour faciliter l'adhésion.

« Au cours des 40 dernières années, le diabète de type 2 a été multiplié par quatre dans la population australienne en général, mais au sein des populations défavorisées, il a été multiplié par 80. » PdS

« Lorsque vous ne vous sentez pas en sécurité dans votre propre pays, cela ne fait aucun bien à votre santé. » Univ.

Impact de la COVID-19

Les actions visant à réduire les facteurs de risque des MNT, comme le taux de tabagisme, ont permis de protéger la population

« Si nous avons encore un taux de tabagisme de 30%, la population serait dans un état bien pire. » Univ.

La fermeture des services destinés aux MNT au cours des confinements va probablement donner lieu à des diagnostics et des traitements tardifs pour les personnes vivant avec des MNT

« Tous les cabinets dentaires ont été fermés pendant six semaines environ. Lorsqu'ils ont rouvert, ils ne fournissaient que des services limités, réservés aux urgences. Cela représente un manque pour tout le monde. » OSC

« Nous allons sans aucun doute assister à une troisième vague de charge de morbidité associée à un retard de diagnostic et de traitement des MNT. » Gouv.

Éthiopie



Superficie
1 104 300 km²

Population
102,4 millions d'habitants

Espérance de vie (H/F)
64/67

39%
Taux de CSU

«

Les MNT représentent une part significative de la charge de morbidité à l'heure actuelle (environ 45%). En outre, selon les projections, la charge des MNT devrait dépasser celle des maladies transmissibles d'ici 2025. Il est nécessaire d'agir de toute urgence pour endiguer cette tendance et pour assurer un accès équitable aux services sanitaires. »

Gouv

Gouvernance et équité

Le gouvernement éthiopien a mis au point une politique de santé inclusive et décentralisée en 1993. Elle a été mise en œuvre à travers des programmes de développement du secteur de la santé, qui étaient révisés tous les cinq ans. Lors des 15 premières années de la mise en œuvre, aucune action spécifique sur les MNT, ou presque, n'était prévue. Depuis 2010, cependant, l'agenda des MNT a commencé à être inclus dans les stratégies nationales et les plans annuels. En 2013, un plan national stratégique sur les MNT(55) avait été développé autour de quatre priorités (politique, gouvernance et leadership ; promotion de la santé et prévention des maladies ; traitement complet des MNT, prise en charge et accompagnement ; et suivi et évaluation). L'équité de la prise en charge demeure un défi, les services et médicaments spécialisés liés aux MNT étant souvent concentrés en milieu urbain, avec des coûts directs et indirects souvent hors de portée pour les populations pauvres. Ceci est aggravé par le fait que seules 15% des dépenses totales de santé sont actuellement allouées aux MNT et aux blessures.

«

C'est très dur pour les personnes qui vivent à la campagne, elles doivent voyager à pied pour obtenir leurs médicaments. Les médicaments tels que l'insuline coûtent très cher dans notre pays et souvent, ils ne sont pas disponibles dans les zones rurales. »

PLWNCD



Rencontre d'un groupe de femmes dans un dispensaire pour discuter des préoccupations communes de leur communauté, dans le sud de l'Éthiopie.

Services couverts par la CSU et inclusion des MNT



Probabilité de décès prématuré dû à une MNT	18,3%
Prévalence de tension artérielle normale	69,7%
Glycémie à jeun moyenne	4,48 mmol/L
Couverture du programme national de dépistage du cancer du col de l'utérus	< 10 %
Prévalence normalisée par tranche d'âge du tabagisme actuel chez les personnes âgées de 15 ans et plus	4,6%



	POPULATION
Lits d'hôpitaux	3,3/10 000
Médecins	0,77/10 000
Psychiatres	0,08/100 000
Chirurgiens	0,3/100 000

«

Ces dernières années, nous assistons à des changements. Avec les fonctionnaires des ministères, nous avons mis au point des stratégies et des lignes directrices en vue de prévenir et traiter des MNT spécifiques. L'an dernier, lorsque le ministère de la Santé a procédé à la révision du paquet de services sanitaires essentiels, il y a inclus de nombreuses interventions identifiées par la Commission des MNT et des blessures.»

PdS

Les soins de santé primaires sont essentiels pour la prestation des soins de santé en Éthiopie. Le système de santé est organisé en quatre niveaux : unités de soins de santé primaires, hôpitaux de districts, hôpitaux généraux et hôpitaux spécialisés. Créé en 2003 dans un effort pour se rapprocher de la communauté, le Programme de vulgarisation sanitaire a institué jusqu'à cinq dispensaires satellites dans chaque unité de soins de santé primaires, gérés par 40 000 médiateurs médico-sanitaires formés.

218 interventions ciblant les MNT ont été intégrées au paquet de services sanitaires essentiels (ESHP) fournis par cette infrastructure.(56) Elles incluent, par exemple, le diagnostic et la gestion complète du diabète de type 1, ainsi que la chirurgie de la cataracte. L'ESHP était informé par la Commission nationale des MNT et des blessures, composée notamment de représentants de la société civile et d'experts universitaires.(57)

Plan national de lutte contre le cancer

Les OSC ont détaché des personnels auprès de l'équipe chargée des MNT au ministère de la Santé, en vue de soutenir le développement des services de prise en charge oncologique. Ceci a facilité l'inclusion d'un plan national de lutte contre le cancer dans les stratégies et les budgets. Le pays a récemment investi dans six appareils de radiothérapie et 1 000 appareils de cryothérapie afin de permettre le dépistage et le traitement du cancer du col de l'utérus dans le cadre du paquet de mesures essentielles de prise en charge. Un centre oncologique, de plus de 300 lits, est en cours de construction à Addis Abeba. Il sera doté des capacités permettant de réaliser des greffes de moelle osseuse.

Cardiopathies rhumatismales (RHD)

La prévention et la gestion des RHD est intégrée à l'EHSP. L'accent est mis sur l'identification et le traitement précoces du mal de gorge (prophylaxie primaire) ainsi que sur la gestion du rhumatisme articulaire aigu (prophylaxie secondaire). Le pays s'efforce d'offrir des services chirurgicaux à celles et ceux qui développent des cardiopathies rhumatismales; il n'y a cependant qu'un centre en mesure de réaliser des opérations cardiaques dans le pays.

Protection financière



Coût des soins de santé	4,9 % du PIB
Pourcentage de foyers dont les dépenses de santé sont >10%	4,91%

«

Les MNT constituent une problématique de développement qui affecte notre jeunesse, et notre population dans son ensemble.»

Gov 2

«

Investir dans les MNT, c'est prévenir et éviter la pauvreté», comme l'a déclaré notre ministre de la Santé, la Dre Lia Tadesse Gebremedhin, lors du lancement du rapport mondial de la Commission NCDI sur la pauvreté en septembre 2020.»

Gov 2

Seul 2% du financement des soins de santé est couvert par l'assurance privée et 34% fait encore l'objet de dépenses directes.(58) Le plan de projets pilotes de l'Assurance maladie communautaire (CBHI) a démarré en 2011 et montré que les services de santé étaient davantage utilisés et plus inclusifs. Le gouvernement déploie actuellement la CBHI dans tout le pays. Ce plan est financé par les cotisations des membres et complété par quelques subventions gouvernementales destinées aux groupes les plus pauvres.

Facteurs facilitant l'intégration des MNT dans la mise en œuvre de la CSU

Collecte de données sur les MNT au niveau des pays, notamment en lien avec la Commission NCDI sur la pauvreté

«La situation s'arrange grâce aux efforts des universitaires de notre pays qui produisent des données factuelles que nous pouvons ensuite faire passer aux décideurs politiques.» PdS

Intégration des services de prévention et prise en charge des MNT dans les SSP existants

«Nous comprenons qu'il est nécessaire de travailler dans le cadre des SSP existants. Le dernier ministre de la Santé a déclaré que nous devons cesser de parler de maladies transmissibles et non transmissibles. Ce sont les mêmes personnes que nous servons, la même population.» OSC

Leadership collaboratif entre le gouvernement et les OSC

«Les MNT sont en recrudescence dans notre pays et emportent nos jeunes... Si nous agissons avec le gouvernement, nous pouvons provoquer un changement. Ils nous écouteront. Même le ministère de la Santé s'est mis à travailler avec la société civile, surtout autour des MNT. Les OSC ont un rôle important à jouer dans ce changement.» PLWNCD



Une grande partie de la population est rurale et agricole, et ne dispose pas du niveau d'éducation ni des ressources nécessaires pour soutenir la santé de leur famille et de leurs enfants.

©Morgana Wingard, USAID

Impact de la COVID-19

Augmentation des inégalités dans l'accès à la prise en charge des MNT, médicaments compris

« Les patients vivant avec des MNT en milieu rural ne sont pas en mesure d'aller à l'hôpital pour des contrôles ou pour aller chercher leurs médicaments en raison des restrictions imposées sur le transport et les déplacements en raison de la COVID-19. » PdS

Interruption de la mise en œuvre de la politique des MNT

« La COVID-19 a affecté la mise en œuvre des politiques et stratégies rédigées et approuvées en matière de MNT. » PdS

Défis

Financement inadéquat

En raison de priorités concurrentes telles que le VIH, la tuberculose et le paludisme, les MNT sont négligées dans les dotations budgétaires depuis de longues années. Les OSC lancent un appel au gouvernement afin qu'il augmente le budget de la santé à 15% du PIB, conformément à la Déclaration d'Abuja.(59)

« Le financement, partout le financement est un problème. » PdS

Prochaines étapes

Mettre l'accent sur l'augmentation du financement des MNT

Cette augmentation est possible en déployant le plan CBHI en vue de rendre plus équitable l'accès aux MNT dans la population.

Elle est également possible à travers la mise en œuvre d'une taxe sur le tabac récemment adoptée, qui multiplie quasiment par deux les droits d'accise et institue une taxe de 30% sur la production de cigarettes.

« Lorsque vous augmentez la fiscalité, vous obtenez de l'argent. Je recommande d'affecter ces fonds à la promotion de la santé. » OSC

Poursuivre les efforts en vue d'améliorer la qualité de la prise en charge des MNT en milieu urbain tout en décentralisant les services liés aux MNT pour assurer un accès équitable à la prise en charge et aux médicaments en milieu rural

« Pour traiter avec efficacité les personnes vivant avec un diabète de type 1, par exemple, on a besoin d'insuline et de médecins, diététiciens et infirmiers spécialisés. Et on en a besoin dans les zones rurales comme dans les villes. » PLWNCD

Inde



Superficie
3 287 259 km²

Population
1,324 milliard d'habitants

Espérance de vie (H/F)
67/70

55%
Taux de CSU

Dispensaire communautaire de Gonoshasthaya (banlieue de Dhaka). Gonoshsthaya Kendra (GK) fournit des soins de santé et une assurance maladie aux populations défavorisées du Bangladesh.

Gouvernance et équité

En 1946, le Comité Bhole recommandait déjà un système de santé national financé par le secteur public, avec une prise en charge complète préventive et curative pour tous, en Inde.(60) Plus récemment, en 2010, un groupe d'experts de haut-niveau sur la CSU a été créé par la Commission de planification indienne.(61) Suite à leurs recommandations, en 2017, le Conseil des ministres a approuvé une nouvelle politique nationale de santé qui a débouché sur la création du régime d'assurance maladie Ayushman Bharat-National Health Protection Mission (AB-NHPM).(62)(63)Le AB-NHPM prévoit de mener à la création de 150 000 centres de santé et de bien-être dans l'ensemble des zones rurales et urbaines d'ici 2022 (dont les services sont décrits ci-après) et comporte un Plan national de protection sanitaire qui offre une protection financière pour les services de prise en charge secondaires et tertiaires. Le AB-NHPM a été instauré à l'attention des familles défavorisées.

L'Inde a une approche décentralisée de la prestation des soins, les États étant les principaux responsables de l'organisation des services sanitaires. L'équité de l'accès au traitement constitue un défi de longue date pour l'Inde, en raison de la grande variabilité de densité des personnels de santé selon les États. Dans certains États tels que Goa ou Kerala, la densité des médecins est jusqu'à trois fois plus élevée que dans l'État d'Orissa, par exemple, et la densité des infirmiers et des sages-femmes est jusqu'à six fois plus élevée qu'en Uttar Pradesh.(64)



© Rama George-Alleyne / World Bank

Services couverts par la CSU et inclusion des MNT



Probabilité de décès prématuré dû à une MNT	23,3%
Prévalence de tension artérielle normale	74,2 %
Glycémie à jeun moyenne	5,59 mmol/L
Couverture du programme national de dépistage du cancer du col de l'utérus	≥ 70 %
Prévalence normalisée par tranche d'âge du tabagisme actuel chez les personnes âgées de 15 ans et plus	27 %



	POPULATION
Lits d'hôpitaux	5,3/10 000
Médecins	8,57/10 000
Psychiatres	0,29/100 000
Chirurgiens	2,29/100 000

À l'heure actuelle, le secteur privé joue un rôle majeur dans la prestation des soins de santé en Inde. En 2014, il représentait 75% du nombre total de consultations ambulatoires et 62% des consultations de patients hospitalisés.(65)

Le système de santé publique doit être renforcé, bien qu'il soit plus solide dans certains États que d'autres. Depuis 2010, le gouvernement indien met en œuvre le Programme national de prévention et de maîtrise du cancer, du diabète, des maladies cardiovasculaires et des accidents vasculaires cérébraux (NPCDCS). Ce programme a permis de rationaliser les services de lutte contre les MNT dans tout le pays, et notamment la promotion de la santé, le dépistage, les infrastructures et la surveillance, par le biais de 4 472 cliniques MNT en centres médicaux communautaires, 665 antennes MNT de district, 637 cliniques MNT de district, 181 unités de soins cardiaques et 218 unités de soins de jour.(66)

Le système de santé publique est renforcé par l'AB-NHPM avec la création des centres de santé et de bien-être. Ces centres bénéficieront d'un accompagnement pour fournir une gamme de services de prévention, de promotion, de traitement et de soins palliatifs et de réadaptation gratuits. Ces services sont conçus pour inclure une prise en charge des MNT qui comprend des soins bucco-dentaires, ophtalmologiques et mentaux, ainsi que des soins de premier niveau pour les urgences et les traumatismes. Toutefois, étant donné le nombre limité de professionnels de santé vivant dans des zones rurales, bon nombre de ces centres seront gérés par des agents de santé communautaires ou des conseillers en santé; le niveau de prise en charge sera donc élémentaire. (67) La mise en œuvre du régime AB-NHPM est à la charge des États; il existe donc d'importantes variations d'un État à l'autre dans la manière dont ces centres sont établis, ce qui risque d'exacerber encore davantage les inégalités entre États.

L'Inde est également en train d'établir une Mission nationale de santé numérique permettant à tous les citoyens de disposer d'un identifiant de santé donnant accès aux dossiers médicaux via un portail de santé numérique. L'intégration des bénéficiaires de l'AP-NHPM dans ce dispositif est également en cours.

Protection financière



Coût des soins de santé	4,69% du PIB
Pourcentage de foyers dont les dépenses de santé sont >10%	17,3 %

Il existe plusieurs régimes d'assurance privée en Inde, mais la couverture est faible et on estime que les paiements directs représentaient en 2014 62% des dépenses totales de santé.(68) A ce jour, les dépenses publiques de santé représentent en

moyenne 3% des dépenses publiques générales. (69) Le régime national d'assurance santé inclus dans l'AB-NHPM offre aux groupes marginalisés une prise en charge financière des coûts des soins secondaires et tertiaires. Il couvre environ 40% de la population, soit près de 500 millions de personnes. Le régime est plafonné à environ 5 500 euros par famille et par an.

Facteurs facilitant l'intégration des MNT dans la mise en œuvre de la CSU

La combinaison d'un mouvement mondial réclamant la CSU et d'un appel interne émanant des OSC

« Si vous avez une dynamique interne et une dynamique externe, alors les choses commencent à bouger. Le mérite de l'évolution vers la CSU en Inde devrait être attribué aussi bien au contexte mondial qu'à l'impulsion donnée par les milieux universitaires et la société civile. » Univ.

L'AB-NHPM marque un changement de paradigme majeur car il est tout à la fois préventif et curatif

« Avec Ayushman Bharat, le gouvernement met l'accent sur la prévention. Avec ces centres, on parle de santé et de bien-être et pas simplement de maladies. Et c'est particulièrement important s'agissant des MNT. » PLWNCD



© ILO

Bénéficiaires s'inscrivant au Rashtriya Swasthya Bima Yojana (RSBY) ou « Programme national d'assurance maladie » dans l'Andhra Pradesh

Impact de la COVID-19

Graves perturbations dans les services liés aux MNT et difficultés d'accès aux médicaments pour les personnes vivant avec ces maladies

« La gestion des MNT a été mise à mal lorsque la pandémie de COVID-19 a frappé. Les hôpitaux ont fermé, les centres de santé également, les visites à domicile ont été annulées et même la disponibilité des médicaments a diminué. » Univ.

On signale des perturbations dans l'accès aux médicaments essentiels destinés aux personnes vivant avec des MNT, tels que l'insuline pour les personnes atteintes de diabète de type 1, ce qui oblige les patients à rationner leurs médicaments et entraîne des complications. En outre, des cas d'annulation d'interventions chirurgicales et de chimiothérapies pour des cancers ont été signalés, avec pour conséquence une aggravation du pronostic.

« Nous avons vu des horreurs au sein de la communauté. La distance entre l'homme dans sa cabane et les médicaments au centre de SSP s'est allongée de façon spectaculaire. » PdS

Perturbations dans le déploiement des services de santé

« Au départ, avec le confinement total pour lutter contre la propagation de la COVID-19, tous les services de santé, publics et privés, se sont arrêtés net. » OSC

Défis

Intégrer efficacement le secteur privé dans la stratégie de CSU

Étant donné la robustesse du secteur privé, il est indispensable de l'inclure dans les consultations et les plans du gouvernement en matière de CSU.

« Dans le contexte indien, le secteur privé de la santé est essentiel; sans lui nous ne ferons aucun progrès en matière de CSU, mais nous n'avons pas réussi pour l'instant à l'impliquer. » Univ.

Manque d'intérêt pour des SSP de qualité

« Ayushman Bharat met l'accent sur l'hospitalisation, ce qui est important, mais elle ne gère pas la charge des MNT pour la majorité des personnes vivant avec ces maladies. Elle ne regarde que par un bout de la loupe. » Univ.

Prochaines étapes

Renforcer le système de santé publique

Afin de réduire les inégalités sanitaires dans toute l'Inde et améliorer les résultats de santé, il convient de renforcer les systèmes de santé publique de tous les États.

Travailler à une approche plus collaborative de l'élaboration des politiques, en incluant les OSC et en particulier les personnes vivant avec des MNT dans le processus décisionnel

« Nous devons trouver un meilleur équilibre entre accès, qualité et responsabilisation. En définitive, nous devons opter pour une approche plus consensuelle. » Univ.

Renforcer les voix des personnes vivant avec des MNT et des OSC

« Les voix des personnes vivant avec des MNT doivent être entendues. Elles doivent toutefois être organisées pour être entendues au plus haut niveau, afin de pouvoir participer aux décisions politiques. » Univ.

Jordanie



Superficie
89 320 km²

Population
9,5 millions d'habitants

Espérance de vie (H/F)
72/75

76%
Taux de CSU

Gouvernance et équité

Actuellement, le Plan stratégique 2018-2022 du ministère de la Santé intitulé « Jordan 2025: A National Vision and Strategy » (Jordanie 2025: une vision et une stratégie nationales) est en vigueur et intègre le concept de CSU. Il accorde également la priorité à la gouvernance du secteur de la santé et au renforcement des ressources humaines pour la santé. Le ministère de la Santé dispose d'un département des MNT et a récemment mené une enquête STEPS de l'OMS.

La Jordanie est réputée pour être un centre de soins de santé de haute qualité au Moyen-Orient. Toutefois, 30% de la population n'a pas d'assurance maladie et le pays accueille une importante population de réfugiés. Le Haut-Commissariat des Nations unies pour les réfugiés (HCR) et d'autres acteurs humanitaires fournissent une grande partie du soutien à la santé des réfugiés. Les personnes non assurées peuvent demander une aide gouvernementale discrétionnaire pour couvrir les services de santé.

Fixing a bicycle in Zaatari Refugee Camp in Jordan, where nearly 80,000 Syrian refugees are living.



« Dans un pays comme la Jordanie, qui accueille des réfugiés, ne laisser personne de côté signifie que nous devons prendre en compte les réfugiés et les communautés d'accueil, car les crises humanitaires mettent les systèmes de santé à rude épreuve. »

OSC1

Services couverts par la CSU et inclusion des MNT



Probabilité de décès prématuré dû à une MNT	19,2%
Prévalence de tension artérielle normale	79 %
Glycémie à jeun moyenne	6,25 mmol/L
Couverture du programme national de dépistage du cancer du col de l'utérus	NA
Prévalence normalisée par tranche d'âge du tabagisme actuel chez les personnes âgées de 15 ans et plus	Données non disponibles



	POPULATION
Lits d'hôpitaux	14,7/10 000
Médecins	23,24/10 000
Psychiatres	1,12/100 000
Chirurgiens	Données non disponibles

« L'opinion publique ne supporte plus d'entendre que nous parlons de CSU, que nous la promettons, mais que nous ne faisons rien. »

OSC2

Le système de santé jordanien bénéficie d'une forte présence du secteur privé. Ainsi, le ministère de la Santé gère 1 245 centres de soins de santé primaires et 37% de tous les lits d'hôpitaux du pays, les services médicaux royaux de l'armée gèrent 24% des lits d'hôpitaux et le secteur privé 36%.

Les MNT représentent une charge croissante en Jordanie, y compris parmi la population de réfugiés, et les chiffres provisoires de la dernière enquête STEP montrent une prévalence de MNT plus élevée qu'en 2014.



Même dans les contextes humanitaires, il faut toujours chercher à intégrer les services liés aux MNT. »

OSC1

Prise en charge des personnes vivant avec le diabète de type 1

De plus en plus de personnes sont atteintes de diabète de type 1 en Jordanie. L'accès à l'insuline est gratuit pour les enfants de moins de six ans, mais les bandelettes pour les tests de glycémie sont à la charge des patients. Les enfants plus âgés et les adultes atteints de diabète de type 1 peuvent également être pris en charge dans les hôpitaux publics à un coût minime. Certaines insulines de nouvelle génération ne sont fournies que par la médecine privée, mais même le simple coût des bandelettes de test de glycémie (composante essentielle de la prise en charge) s'élève à quelques 70 \$US par mois, ce qui peut représenter une charge financière importante pour les familles, rapporté à un salaire moyen d'environ 550 \$US par mois. À ce stade, les OSC offrent un certain soutien, mais pas le gouvernement.



L'accès à l'insuline est l'une des choses les plus fondamentales, c'est le minimum que l'on puisse faire, il y a beaucoup d'aspects sur lesquels nous avons échoué, mais au moins nous pouvons fournir de l'insuline gratuite aux enfants. »

PdS

Protection financière



Coût des soins de santé	7,45% PIB
Pourcentage de foyers dont les dépenses de santé sont >10%	1,72 %

Le gouvernement prend en charge l'assurance maladie des enfants de moins de six ans et des seniors de plus de 60 ans, mais le pourcentage de la population couvert par l'assurance maladie stagne à environ 70% depuis 2007. Les personnes non assurées (y compris les réfugiés) peuvent demander une aide gouvernementale pour couvrir les frais médicaux, mais doivent payer les médicaments de leur poche.

Au cours des 20 dernières années, le coût du traitement de tous les Jordaniens auxquels on a diagnostiqué un cancer a été couvert par la Cour

royale et le gouvernement, par le biais de dérogations. Toutefois, avec l'augmentation du nombre de cancers et des coûts de prise en charge, le système de dérogations ne s'avère plus viable et entraîne des inégalités dans la qualité de la prise en charge des cancers à travers le pays. Le traitement au King Hussein Cancer Center, seul centre de cancérologie complet et autonome de Jordanie, n'est actuellement couvert par aucun régime d'assurance maladie privé et est exclusivement accessible dans le cadre d'un régime d'assurance à but non lucratif proposé par la Fondation du Roi Hussein contre le cancer, afin de créer un modèle plus durable de financement de la prise en charge de cette maladie et d'inciter les particuliers et les entreprises à assumer une partie de la charge financière.

Facteurs facilitant l'intégration des MNT dans la mise en œuvre de la CSU

Les OSC ont un poids important et ont poussé le gouvernement à intensifier son action sur les MNT

« Nous disposons d'un solide réseau d'OSC sur le terrain. Elles mobilisent des personnes et des ressources et font un excellent travail. Elles font entendre la voix des personnes vivant avec des MNT à tous les niveaux. » OSC2

L'accent mis sur les MNT dans l'agenda mondial

« L'agenda mondial des politiques de santé met de plus en plus l'accent sur les MNT et cela s'est traduit dans les politiques et les ripostes de la Jordanie. » OSC1

L'augmentation de la charge des MNT requiert l'attention des décideurs politiques

« La réalité s'impose d'elle-même. Les taux de prévalence impressionnants des MNT dépassent les capacités actuelles du système de santé, ce qui en fait non seulement une question d'intérêt mais également un besoin urgent. » OSC1

Impact de la COVID-19

Perturbation de l'approvisionnement médical destiné aux personnes vivant avec des MNT

« Pendant le confinement il était même difficile pour les gens d'avoir accès à leurs médicaments habituels. L'association médicale jordanienne a aidé en distribuant certains médicaments au domicile des patients. » Univ.

Perturbation des services liés aux MNT, y compris la prise en charge du cancer

« Les nouveaux patients atteints de cancer n'avaient pas accès au système d'orientation. Imaginez que l'on vous diagnostique un cancer et que vous deviez attendre deux mois avant d'entrer dans le système pour recevoir un traitement. » OSC2



©ILO/Richard Lord.

AAmman, Jordanie, un boursier Fulbright, pharmacien, effectue des visites avec des étudiants

Défis

Manque de coordination

« Nous avons une volonté et une détermination politique importantes et nous avons des compétences de terrain, mais nous manquons de coordination entre les deux. » OSC2

La présence croissante du secteur privé a eu un impact négatif sur la qualité des soins au niveau des SSP

« Le secteur privé joue un rôle majeur dans la prestation des services de santé, mais il met malheureusement l'accent sur les soins secondaires et tertiaires. Nous avons un réseau immense de SSP, mais aucun investissement récent dans la qualité des soins, du coup les gens ne font plus confiance au système. » OSC2

Prochaines étapes

Étendre la protection financière pour les médicaments, y compris l'insuline

« Je ne saurais trop insister sur ce point. Nous devons étendre la prise en charge financière à l'insuline quel que soit l'âge. Le diabète reste le diabète quel que soit l'âge, il a le même impact sur l'enfant que sur le reste de la famille. Fournir gratuitement des bandelettes de test de glycémie serait également utile. » PdS

Renforcer le système des SSP

« Les SSP sont la colonne vertébrale d'un système de santé. Nous devons fournir des soins centrés sur les personnes et investir dans la prévention plutôt que le traitement. La prévention peut démarrer très tôt, y compris pendant la grossesse ! » Univ.

Renforcer les systèmes de responsabilisation autour de priorités claires afin d'améliorer la coordination

« Le ministère de la Santé a besoin d'une stratégie claire et d'une bonne structure de gouvernance qui facilite la responsabilisation, une feuille de route indiquant où nous voulons emmener le pays, dans quel délai et de quelle façon. » OSC2

Mexique



Superficie
1 964 375 km²

Population
127,6 millions d'habitants

Espérance de vie (H/F)
73/79

76%
UTaux de CSU

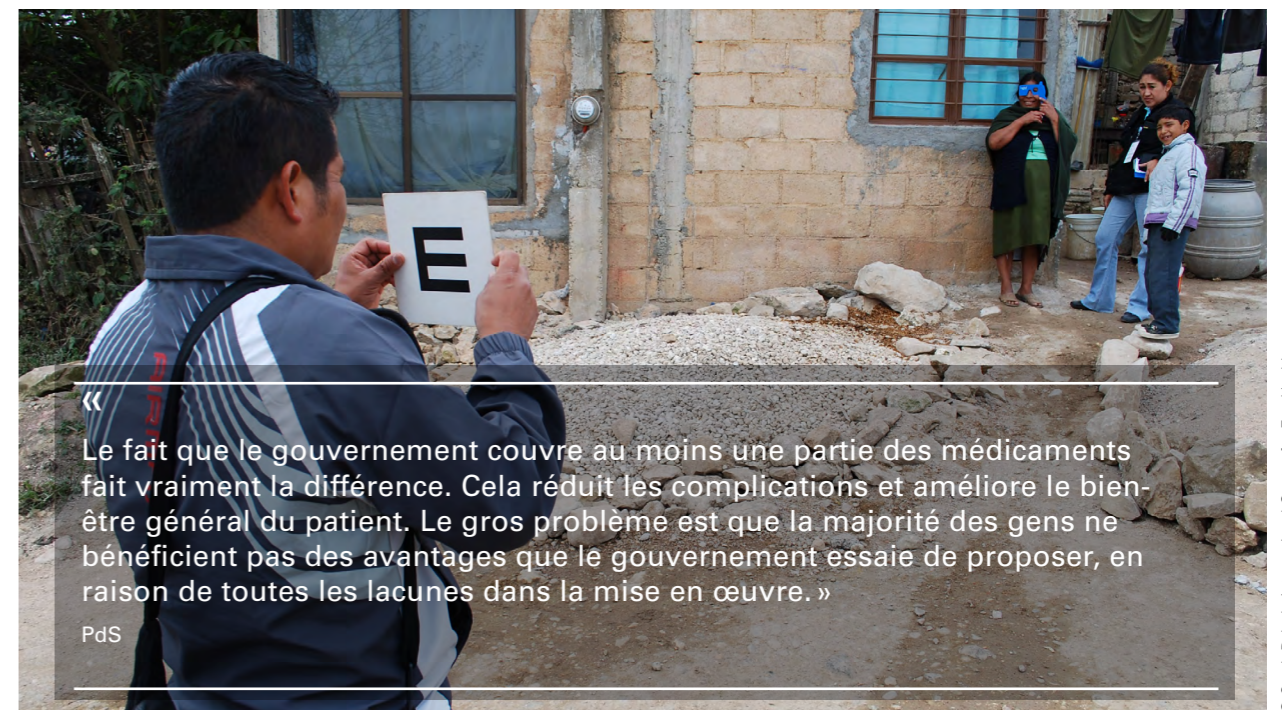
L'évaluation rapide de la cécité évitable (RAAB) est une méthode d'enquête rapide développée par l'ICEH. Il s'agit d'une enquête menée auprès de la population, sur la cécité, les déficiences visuelles et les services de soins oculaires chez les personnes âgées de 50 ans et plus.

Gouvernance et équité

Un nouveau programme du secteur de la santé a récemment été publié pour la période 2020 - 2024. Il vise à étendre l'offre de services de santé (y compris les médicaments et les soins hospitaliers) pour un ensemble complet de maladies et d'affections, aux 16% de la population qui font partie de l'économie informelle et ne sont pas actuellement affiliés aux régimes de sécurité sociale. En outre, un nouvel Institut de la santé et du bien-être (INSABI), lancé en 2020 pour remplacer l'ancien Seguro Popular (cf. Protection financière), est destiné à fournir une sécurité sociale aux personnes qui ne sont pas affiliées à l'un des nombreux régimes de sécurité sociale existants.

Les objectifs du nouveau programme contrastent avec les investissements du gouvernement dans le secteur de la santé, qui n'ont cessé de diminuer au cours des dix dernières années et représentent actuellement 2,8% du budget fédéral total.(70) En conséquence, 41% des dépenses totales de santé sont à la charge des patients (et jusqu'à 90% du coût des médicaments), alors que 42% de la population est considérée comme pauvre selon les critères de la Banque mondiale.(70)(71)(51)

La disponibilité des services de santé est limitée dans les communautés rurales et parmi les populations marginalisées, notamment les populations autochtones, qui se heurtent à des obstacles physiques, culturels et linguistiques pour accéder aux soins de santé.



« Le fait que le gouvernement couvre au moins une partie des médicaments fait vraiment la différence. Cela réduit les complications et améliore le bien-être général du patient. Le gros problème est que la majorité des gens ne bénéficient pas des avantages que le gouvernement essaie de proposer, en raison de toutes les lacunes dans la mise en œuvre. »

PdS

© Sarah Polack, International Centre for Eye Health

Services couverts par la CSU et inclusion des MNT



Probabilité de décès prématuré dû à une MNT	15,7%
Prévalence de tension artérielle normale	80,3 %
Glycémie à jeun moyenne	5,89 mmol/L
Couverture du programme national de dépistage du cancer du col de l'utérus	NA
Prévalence normalisée par tranche d'âge du tabagisme actuel chez les personnes âgées de 15 ans et plus	13,9 %



	POPULATION
Lits d'hôpitaux	9,8/10 000
Médecins	23,83/10 000
Psychiatres	0,21/100 000
Chirurgiens	20,09/100 000

«

De nombreuses personnes étaient assurées au Seguro Popular, mais il n'y avait pas toujours un accès réel aux services. Certains ne savaient même pas qu'ils étaient assurés et d'autres étaient physiquement limités dans leur accès aux services. »

Univ.

Le système de santé mexicain est fragmenté et la qualité des services varie considérablement. Il existe un certain nombre de réseaux verticaux indépendants de prestataires de soins de santé, regroupés sous l'égide de plusieurs compagnies d'assurance (cf. Protection financière) qui opèrent en parallèle et avec peu de coordination. En outre, il existe un secteur privé important et très mal réglementé.

Les MNT sont la première cause de mortalité au Mexique. L'obésité des adultes notamment, a augmenté de 42,2% entre 2000 et 2018, avec 40,2% des femmes et 30,5% des hommes considérés comme obèses en 2018. 13% de la population adulte souffre de diabète, mais 49% des cas ne sont pas diagnostiqués. Entre 2012 et 2017, les hospitalisations pour amputations liées au diabète ont augmenté de plus de 10%, marquant un déclin de la qualité et de la couverture de la maîtrise de cette maladie.(70)

Les personnes ne peuvent accéder aux soins qu'àuprès du réseau de prestataires de santé rattachés à leur compagnie d'assurance. Avant 2020, les personnes ayant souscrit le Seguro Popular (cf. Protection financière) étaient couvertes pour un ensemble d'interventions essentielles liées aux MNT et certains traitements en urgence.

L'INSABI est devenu opérationnel en janvier 2020 et cherche depuis à améliorer les capacités humaines et infrastructurelles pour la fourniture des soins de santé aux populations marginalisées. Il cherche également à centraliser la chaîne logistique médicale. Cependant, faute de mécanismes financiers directs et en raison de la COVID-19, sa mise en œuvre a été difficile.

Protection financière



Coût des soins de santé	6,3% du PIB
Pourcentage de foyers dont les dépenses de santé sont >10%	1,55 %

Des organismes tels que l'Institut mexicain de la sécurité sociale (IMSS) et l'Institut de la sécurité sociale et des services aux salariés (ISSSTE), entre autres, couvrent les salariés du secteur formel. Depuis 2020, les personnes appartenant au secteur informel sont rattachées à l'INSABI, qui couvre désormais les

personnes anciennement affiliées au Seguro Popular, un système volontaire qui était subventionné par le gouvernement fédéral et les États. Les personnes font souvent des allers-retours entre les différents organismes selon leur statut professionnel, ce qui limite un accès régulier et continu aux services de santé et complique le suivi par le secteur de la santé.

« Certains salariés quittent le système formel, mais y retournent et en ressortent parfois six fois. » Gouv.

Facteurs facilitant l'intégration des MNT dans la mise en œuvre de la CSU

Renforcement des efforts de prévention de l'obésité, y compris avec une nouvelle loi sur l'étiquetage des denrées alimentaires

Malgré les efforts de l'industrie pour la bloquer, le Mexique a adopté en 2020 une loi (portant modification de la norme mexicaine NOM-051 sur l'étiquetage à l'avant des emballages) rendant obligatoire les avertissements à l'avant des emballages des aliments et boissons mauvais pour la santé, soutenant ainsi les efforts du gouvernement en matière de prévention des MNT. En outre, l'État d'Oaxaca a récemment adopté une loi interdisant la vente d'aliments mauvais pour la santé et de boissons sucrées aux enfants.

Des efforts progressifs et graduels pour inclure un nombre croissant de MNT dans les régimes de CSU

« Pendant 15 à 18 ans, le Seguro Popular a progressivement inclus plusieurs maladies. Chaque année, les bénéficiaires et la couverture étaient étendus. Maintenant avec l'INSABI, ils ont dit que toutes les maladies seraient entièrement couvertes. » PLWNCD



Initiative de Veracruz pour la sensibilisation au diabète (projet VIDA)

Impact de la COVID-19

Faible et fragmentée, l'offre existante de soins pour les MNT est soumise à une pression croissante

«Aujourd'hui, avec la COVID-19, je ne peux pas m'approcher à moins d'un kilomètre de l'hôpital, et pourtant je fais partie des personnes à risque. Je n'ai pas d'autre choix que d'aller dans un hôpital privé. J'ai entendu parler d'une personne dialysée qui a cessé d'aller à ses rendez-vous par peur de la COVID-19 et qui est morte.» PLWNCD

«De nombreux établissements hospitaliers ont été transformés en hôpitaux COVID-19 et ont cessé de traiter des patients atteints de cancer, de diabète, de maladies cardiovasculaires et d'insuffisance rénale ou avec des problèmes respiratoires chroniques.» OSC

La pandémie était l'occasion de réformer le système de santé pour améliorer la prise en charge des MNT, mais c'est une occasion que nous sommes en train de laisser passer

«La pandémie était l'occasion parfaite d'universaliser les soins. Mais cela ne s'est pas fait. L'occasion a été manquée.» Gouv.

«Il y a des hôpitaux dont les blocs opératoires sont vides tandis que d'autres sont bondés. Pourquoi les opérations chirurgicales ne sont-elles pas réalisées là où il y a des blocs opératoires disponibles, avec un remboursement du coût de l'opération? Mais pour cela, il faudrait que nous ayons un système de santé intégré.» Univ.

Défis

Un système de santé fragmenté entraînant une faiblesse des SSP et un mauvais suivi des patients

Le système de santé est fragmenté et les SSP actuellement faibles. La formation des professionnels de santé aux MNT est inégale et les protocoles de soins sont rarement révisés en raison de la bureaucratie.

«À l'heure actuelle, nos SSP ne résolvent pas le problème des maladies chroniques. Ils ne les préviennent pas, ne les détectent pas à temps et ne les traitent pas correctement.» Gouv.

Le nouveau système INSABI n'a pas un mode de fonctionnement clair et envoi des messages contradictoires quant à ce qu'il couvre

«Avec l'INSABI, il n'y avait soi-disant pas de frais à avancer, mais si vous allez à l'hôpital, on vous facture.» PLWNCD

«La couverture financière du Seguro Popular a disparu, mais aucune nouvelle règle claire n'a été établie. À ce jour, il semble que l'INSABI n'ait toujours pas de règles de fonctionnement.» Univ.

Philippines

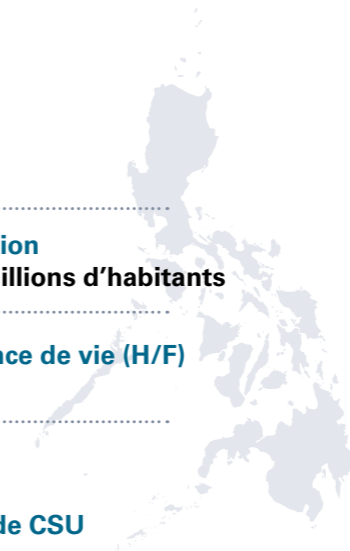


Superficie
300 000 km²

Population
103,3 millions d'habitants

Espérance de vie (H/F)
66/72

61%
Taux de CSU



Gouvernance et équité

Promulguée en 2019, la Loi sur les soins de santé universels ou Republic Act 11223, a automatiquement affilié tous les citoyens philippins au programme national d'assurance maladie et des réformes du système de santé étaient nécessaires pour permettre l'accès à un continuum complet des services de soins de santé. Elle met l'accent sur les SSP, intègre la prise en charge des MNT et vise à améliorer la couverture sanitaire des personnes vivant dans des zones reculées. Les revenus provenant de la taxation des produits mauvais pour la santé ont aidé le gouvernement à offrir des aides aux secteurs les plus pauvres de la société. Les OSC, dont la Healthy Philippines Alliance, ont défendu avec vigueur l'approbation de la loi sur les soins de santé universels, entre autres.

«**Au cours des deux dernières décennies, le profil épidémiologique des maladies aux Philippines a évolué. Au cours des dix dernières années, les MNT ont constitué 7 des 10 principales causes de mortalité. C'est devenu un fardeau financier pour les Philippines.**»

Gouv.

Une femme venue passer un bilan de santé. Agusan del Sur, Philippines. Programme de réforme de la protection sociale et du développement.



Prochaines étapes

Meilleure inclusion des OSC et des personnes vivant avec des MNT dans les politiques de santé afin de faciliter le côté centré sur l'humain, la responsabilisation et la transparence

«Les organisations de patients ne sont pas incluses dans les structures de gouvernance des caisses d'assurance maladie. Je pense qu'il devrait y avoir un mécanisme pour intégrer les organisations de patients.» Gouv.

Adopter une approche pangouvernementale pour lutter contre les MNT

Les efforts devraient porter sur une taxation accrue des produits mauvais pour la santé (boissons sucrées, tabac et malbouffe) et viser à augmenter l'activité physique. D'autre part, l'augmentation du nombre de personnes qui paient des impôts, l'utilisation de la technologie, l'amélioration de l'environnement de travail et

la réduction de la criminalité et de la corruption sont également des outils importants pour améliorer le financement et la prestation des services de santé.

Augmenter la prise en charge des populations défavorisées

Promouvoir des soins centrés sur la personne en réorganisant les professionnels de la santé pour qu'ils travaillent au sein d'équipes pluridisciplinaires, y compris des non-professionnels tels que les agents de santé communautaires (ASC), afin d'encourager la prise de décision collégiale et améliorer la communication avec les personnes vivant dans des zones économiquement et géographiquement défavorisées.

«Nous devons impliquer la communauté. Il n'y a pas d'autre moyen de résoudre le problème des MNT.» PdS

Services couverts par la CSU et inclusion des MNT



Probabilité de décès prématuré dû à une MNT	26,8%
Prévalence de tension artérielle normale	77,4%
Glycémie à jeun moyenne	5,03 mmol/L
Couverture du programme national de dépistage du cancer du col de l'utérus	Faible
Prévalence normalisée par tranche d'âge du tabagisme actuel chez les personnes âgées de 15 ans et plus	24,3%



	POPULATION
Lits d'hôpitaux	9,9/10 000
Médecins	6/10 000
Psychiatres	0,52/100 000
Chirurgiens	2,28/100 000

La nouvelle Loi sur les soins de santé universels intègre le dépistage et les bilans de santé pour le diabète et l'hypertension dans les SSP et institutionnalise la promotion de la santé. Une Loi nationale intégrée sur le cancer(72) et une Loi sur la santé mentale ont également été récemment adoptées afin d'améliorer encore davantage l'accès aux services de prise en charge des MNT et leur qualité. L'ensemble des mesures de prévention et de prise en charge des MNT intégrées au système de CSU est décrit sur le site web de la Philippine Health Insurance Corporation, ainsi que les prestations prévues pour les patients hospitalisés et ambulatoires, et des prestations « Z », c'est-à-dire spécifiques aux MNT.(73)



Le gouvernement est désormais en mesure de prendre en charge les pires cas de diabète. Avant, c'était tout bonnement impossible. Aujourd'hui il y a même un soutien à la dialyse, etc. »
OSC

Protection financière



Coût des soins de santé	4,71% du PIB
Pourcentage de foyers dont les dépenses de santé sont >10%	6,31%

La Philippine Health Insurance Corporation (PHIC) est principalement financée par les cotisations des salariés et des indépendants. La prime d'assurance maladie des pauvres ou des personnes considérées

comme indigentes est subventionnée par le gouvernement national, qui tire ces financements d'une partie des droits d'accises sur le tabac, l'alcool et les boissons sucrées, également appelés « sin tax » (la taxe sur le péché). La Loi Sin Tax a été adoptée en 2012 et révisée à intervalles réguliers en fonction de l'augmentation du PIB, une grande partie du produit de cette taxe étant affectée à la réponse sanitaire.

Facteurs facilitant l'intégration des MNT dans la mise en œuvre de la CSU

Taxation des produits mauvais pour la santé afin de soutenir le financement de la lutte contre les MNT

« Les lois « sin tax » sont devenues partie intégrante de la riposte aux MNT. Depuis que la loi « sin tax » a été promulguée en 2013, le budget du ministère de la Santé a doublé, voire triplé. » Gouv.

Réviser et améliorer régulièrement la législation existante en fonction des besoins des personnes vivant avec des MNT

« Nous avons promulgué une loi philippine sur l'assurance maladie nationale en 1995, mais des modifications y ont déjà été apportées afin de renforcer encore la réponse, notamment pour les maladies chroniques et fulgurantes invalidantes, qui sont devenues très coûteuses. » Gouv.

Des relations solidaires entre le ministère de la Santé et les OSC

« Nous devons fortement accompagner les OSC, tout comme elles appuient les agences de santé gouvernementales. C'est un excellent contrepois aux industries. » Gouv.

Impact de la COVID-19

La mise en œuvre de la législation récente, dont la Loi sur les soins de santé universels, est au point mort

« Toutes les ressources sont désormais aspirées par la COVID-19. » OSC

La stigmatisation liée à la COVID-19 a conduit les personnes vivant avec des MNT à éviter de se rendre dans les centres médicaux

« Les gens ne veulent pas se rendre dans nos centres de soins de première ligne, parce qu'ils ont peur d'attraper la COVID. C'est là que se situe la stigmatisation. » Gouv.

Défis

Garantir une qualité constante dans la mise en œuvre des politiques dans toutes les régions, compte tenu du système de gouvernance décentralisée de la santé

« Ce sont finalement les maires et les structures de gouvernance locales qui sont responsables de déterminer quels programmes sont prioritaires. C'est ce qui détermine la réussite ou l'échec de la CSU. » PLWNCD

L'ingérence des industries lors de l'adoption de lois, notamment celles relatives aux taxes de santé

« C'est l'ingérence des entreprises qui représente un défi lors de l'adoption d'une loi, celles qui ont des intérêts directs. Elles exercent beaucoup de lobbying et d'influence, jusqu'aux maires. » PLWNCD

Prochaines étapes

Accent sur la prévention des MNT

« Nous devons revenir à des comportements liés à la santé, améliorer nos connaissances en matière de santé et intensifier notre plaidoyer, parce que la plupart des facteurs de risque de MNT sont liés à des comportements mauvais pour la santé. » Gouv.

Créer des économies d'échelle pour les médicaments contre les MNT et les produits connexes, afin de garantir des chaînes logistiques médicales rentables et efficaces

« La structure actuelle de notre système de santé est très fragmentée. Nous avons de nombreux prestataires et de nombreuses sources de financement. En les intégrant, nous pouvons réaliser des économies d'échelle. » Gouv.

Rwanda



Superficie
26 340 km²



Population
11,9 millions d'habitants



Espérance de vie (H/F)
66/69



57%
Taux de CSU

« On craint que les soins de santé ne coûtent cher, on dit que la CSU est un rêve, mais je pense que nous sommes prêts de réaliser la CSU au Rwanda sans avoir eu à investir énormément d'argent. Il s'agit de la manière dont les gens travaillent, dont ils s'organisent. »

PdS

« Notre ancienne ministre de la Santé Agnes Binagwaho avait coutume de dire: « Nous ne pouvons pas attendre, parce que les maladies n'attendent pas. Elles tuent nos frères, nos sœurs, nos parents... nous ne pouvons pas attendre! » Pour répondre à ce besoin, le gouvernement rwandais s'appuie sur le partenariat. Le ministère de la Santé a intégré des partenaires dès le départ. »

PdS

Les agriculteurs du district de Gatsibo, au Rwanda, ont accès à suffisamment d'eau grâce à un projet d'irrigation parrainé par le gouvernement, ce qui a eu un impact considérable sur leur production. ▶

Gouvernance et équité

Le droit à la santé est inscrit dans la constitution rwandaise et la CSU est la pierre angulaire du Plan stratégique du secteur de la santé.(74) Le gouvernement a pris résolument la tête de la mise en œuvre de la CSU, tout en s'engageant de manière constructive avec des partenaires, la société civile et la communauté. Le Centre biomédical du Rwanda (RBC) est l'agence centrale de mise en œuvre de la santé du ministère de la Santé, chargée de superviser l'ensemble des activités liées aux MNT dans le pays. Sa division MNT a été créée en 2011. En 2020, un deuxième plan stratégique national quinquennal sur les MNT a été élaboré en collaboration avec la société civile et les personnes vivant avec des MNT.

Le ministère de la Santé a œuvré en faveur de l'équité en garantissant une assurance maladie à large couverture dans les secteurs formel et informel de la population, une décentralisation régulière du système de santé pour assurer la couverture sanitaire dans les zones rurales, et la mobilisation communautaire dans les processus de gouvernance. Après la mise en œuvre de l'assurance maladie dans le secteur informel, l'utilisation des services de santé est passée de 30,7% en 2003 à 85% en 2008, et de nombreux indicateurs clés de santé se sont améliorés au cours de la même période.



© A'Melody Lee / World Bank

Services couverts par la CSU et inclusion des MNT



Probabilité de décès prématuré dû à une MNT	18,2%
Prévalence de tension artérielle normale	73,3%
Glycémie à jeun moyenne	4,93 mmol/L
Couverture du programme national de dépistage du cancer du col de l'utérus	10%
Prévalence normalisée par tranche d'âge du tabagisme actuel chez les personnes âgées de 15 ans et plus	13,3%



	POPULATION
Lits d'hôpitaux	16/10 000
Médecins	1,34/100 000
Psychiatres	0,06/100 000
Chirurgiens	0,32/100 000

Le Rwanda dispose d'un système de santé décentralisé couvrant 30 districts avec 58 000 agents de santé communautaires (ASC), 885 postes de santé, 510 centres de santé, 36 hôpitaux de district et quatre hôpitaux provinciaux, dérivant les patients vers huit hôpitaux nationaux.(54)(75) Il existe une gestion nationale des MNT et des directives cliniques relatives aux médicaments pour ces maladies figurant sur la liste des médicaments essentiels du pays, qui sont complètes et comprennent par exemple l'insuline, les antiépileptiques et les anticancéreux.(76)

Cliniques MNT dirigées par des infirmiers

Les cliniques MNT dirigées par des infirmiers dans les hôpitaux de district et les centres de santé, visent à rapprocher la prise en charge des MNT de la communauté et à intégrer les leçons tirées de l'expérience du pays dans la gestion de cliniques destinées au VIH. Le personnel infirmier est formé par des spécialistes pour diagnostiquer et gérer les MNT. Rapprocher la prise en charge de la communauté a permis de réduire le temps et le coût de déplacement des patients et d'améliorer l'acceptation par la communauté.

« Le personnel infirmier est désormais en première ligne pour la prise en charge des MNT. »

PdS

Inclusion de la prévention et du dépistage des MNT

- La publicité pour le tabac est interdite dans le pays et des messages de promotion de la santé (par exemple la promotion d'une alimentation saine, de l'activité physique et de l'allaitement maternel) sont diffusés régulièrement à la télévision pendant les espaces publicitaires. Des programmes d'exercice physique ont également été diffusés pendant le confinement pour cause de COVID-19.
- Des bilans de santé annuels comprenant un dépistage des MNT, sont couverts par les régimes d'assurance maladie du pays pour les femmes de plus de 40 ans et les hommes de plus de 35 ans.
- Les « journées sans voiture » organisées tous les 15 jours à Kigali, permettent aux habitants de faire de l'exercice et d'assister à des séances gratuites d'éducation à la santé et de dépistage. Ces séances ont été lancées par l'Alliance rwandaise sur les MNT, mais ont ensuite été reprises par le gouvernement et sont régulièrement suivies par des dirigeants politiques qui travaillent avec des organisations de la société civile pour étendre ce programme au-delà de la capitale.

Protection financière



Coût des soins de santé **7,53 % du PIB**

Pourcentage de foyers dont les dépenses de santé sont >10% **1,15%**

«

L'une des raisons pour lesquelles je suis rentré au Rwanda c'est parce que je ne recevais aucun soin là où je vivais auparavant. J'étais terrifié et j'avais des idées suicidaires. Lorsque je suis rentré au Rwanda, je suis allé dans un hôpital psychiatrique, j'ai été diagnostiqué et l'on m'a proposé un traitement bon marché.»

PLWNCD

91 % de la population est couverte par une assurance maladie.(77) Il existe plusieurs régimes d'assurance en place, notamment la « Rwandaise d'Assurance Maladie » créée en 2001 et qui dépend depuis 2015 de la Direction de l'assurance maladie du Conseil de la sécurité sociale du Rwanda (CSSR), et l'Assurance médicale militaire, créée en 2005. Ces deux assurances publiques couvrent respectivement les fonctionnaires et le secteur privé formel d'une part, et les militaires d'autre part. L'Assurance maladie communautaire (CBHI ou Mutuelles de santé), également rattachée au CSSR, couvre le secteur informel, soit la majorité de la population. Il existe également quelques assurances privées. Instituée en 2004 et mise à jour en 2010, la CBHI suscite une forte appropriation communautaire, chaque village comptant un comité de mobilisation des mutuelles de santé. Il regroupe les cotisations communautaires et les subventions du gouvernement et des partenaires de développement. La CBHI couvre 90% des frais de santé à tous les niveaux du système de soins.(78)

Facteurs facilitant l'intégration des MNT dans la mise en œuvre de la CSU

Décentralisation des soins liés aux MNT, y compris le transfert ou partage des tâches de dépistage et de gestion des médecins vers le personnel infirmier

Jusqu'en 2011, la prise en charge des MNT n'était disponible que dans les hôpitaux universitaires de troisième niveau. La décentralisation et le transfert des tâches vers le personnel infirmier ont permis d'adopter une approche centrée sur la personne pour la prise en charge des MNT. Il existe de solides réseaux d'orientation vers des hôpitaux de niveau trois disposant de matériel et de médecins plus spécialisés. Des équipes humanitaires internationales se rendent régulièrement sur place pour fournir certains types de soins qui ne sont pas disponibles dans le pays, par exemple la chirurgie cardiaque.

« Les patients mettaient parfois 3 jours à venir me consulter, moi, un spécialiste. Désormais, ils n'ont qu'à se rendre dans un centre de santé près de chez eux, puis vaquer à leurs occupations. Les patients peuvent continuer de travailler tout en ayant accès à leurs médicaments. » Univ.

Un fort accent sur la communauté et les personnes vivant avec des MNT

L'accent communautaire se reflète dans la structure du système de santé et de la CBHI. Ainsi, les mutuelles

de santé incluent un processus de calcul de la capacité socio-économique qui est régulièrement révisé, après consultation de la communauté, et adapté selon le contexte culturel. Cette démarche a été facilitée par un système administratif bien organisé.

« Culturellement, le Rwanda est très communautaire, nous prenons l'expression « il faut tout un village » très au sérieux. Quand on parle d'améliorer la vie des gens, le message n'est jamais individuel. » PLWNCD

« L'esprit et le travail de chacun sont centrés sur le patient. Avant tout, il faut être au service du patient, lui faire du bien et défendre ses intérêts. » PdS

Un leadership gouvernemental fort et ouvert au partenariat avec les OSC

« Il existe une volonté politique de s'attaquer aux MNT et elle est clairement affichée dans les politiques et la planification stratégique du ministère de la Santé. Les MNT sont intégrées dans des politiques nationales à tous les niveaux, à commencer par le plus haut. » OSC

« Je reconnais le rôle des partenaires qui ont beaucoup aidé tout au long de ce parcours que nous avons effectué. » Gouv.

Impact de la COVID-19

Le système de santé décentralisé a permis aux personnes vivant avec des MNT de continuer d'accéder aux soins malgré les confinements

« Si la COVID-19 s'était produite avant la mise en œuvre des politiques de décentralisation, je ne sais pas comment les patients auraient pu se rendre en ville pour recevoir des médicaments. Ces politiques ont permis de mettre à disposition des médicaments et des prestataires de soins au niveau communautaire, ce qui a permis d'assurer le continuum de soins malgré la COVID-19. » PdS

Baisse du soutien des humanitaires

« Pour certains services de niveau tertiaire tels que la chirurgie cardiaque, nous recevions des équipes d'experts trois ou quatre fois par an. Maintenant, bien sûr, cela s'est arrêté. » PdS

Défis

Garantir une qualité constante des soins

« Nous avons encore beaucoup à faire pour améliorer la qualité des soins. C'est un processus continu. » PdS

Des finances limitées

« Nous luttons encore. Nous voulons améliorer la qualité, nous voulons atteindre de nouvelles régions, mais les financements ne correspondent pas aux besoins; qu'il s'agisse de financements internes ou externes, ils ne sont pas adaptés. » PdS

Prochaines étapes

Renforcer la collecte de données, le suivi et l'évaluation

Une enquête nationale STEPS^{viii} a été menée et des registres de maladies sont en place. Des travaux sont en cours pour déployer un système de Dossier médical électronique (DME) dans tout le pays.

« Nous essayons d'élaborer et de mettre en place un système de DME qui regroupera des données sur les MNT. Il est actuellement utilisé dans les hôpitaux spécialisés et de district, l'étape suivante consistant à l'étendre aux centres de santé. » OSC

Renforcer la sensibilisation communautaire, le dépistage et la détection précoce

« Certaines personnes au sein des communautés souffrent de MNT sans le savoir. Nous devons nous assurer que nous les contactons, que nous les diagnostiquons à un stade précoce et que nous les orientons vers une prise en charge. » Gouv.

viii L'enquête STEPS de l'OMS ou approche STEP de la surveillance des facteurs de risque de MNT, est conçue pour aider les pays à créer et renforcer leurs capacités de surveillance. Elle comprend des questionnaires et des mesures physiques et biochimiques. Elle peut être adaptée pour permettre à chaque pays de développer les variables et facteurs de risque essentiels et d'incorporer des modules facultatifs selon les intérêts locaux ou régionaux. Pour en savoir plus, rendez-vous sur <https://www.who.int/ncds/surveillance/steps/riskfactor/en/>.

Suède



Superficie
447 430 km²



Population
9,8 millions



Espérance de vie (H/F)
80/84



86%
Taux de CSU



«

Pour les Suédois, le terme « MNT » ne signifie pas grand-chose car la plupart de nos maladies ne sont pas transmissibles. »

PLWNCD

Gouvernance et équité

En Suède, la CSU est ancrée dans la Loi suédoise de 1982 sur la santé et les services médicaux, dont l'objectif est de garantir la bonne santé de l'ensemble de la population, l'égalité des chances en matière de santé et l'équité des soins selon les besoins.

La Suède possède un système de santé dont la responsabilité est partagée entre le gouvernement national (Conseil national de la santé et du bien-être ou NBHW) et 21 autorités régionales. La société civile, y compris les milieux universitaires, est solide et participe activement au processus d'élaboration et de mise en œuvre des politiques.

Malgré un effort concerté en faveur de la CSU et une progression de l'espérance de vie au cours des 50 dernières années (51), des inégalités subsistent. 26 groupes de travail agissant chacun sur une maladie ont récemment été mis en place avec des experts et des personnes vivant avec des MNT de toutes les régions, dans l'optique de développer des processus de soins en vue d'améliorer encore davantage la qualité des soins et de réduire les inégalités au niveau national.

Services couverts par la CSU et inclusion des MNT



Probabilité de décès prématuré dû à une MNT	9,1%
Prévalence de tension artérielle normale	80,7%
Glycémie à jeun moyenne	5,36 mmol/L
Couverture du programme national de dépistage du cancer du col de l'utérus	>=70%
Prévalence normalisée par tranche d'âge du tabagisme actuel chez les personnes âgées de 15 ans et plus	7%(79)



	POPULATION
Lits d'hôpitaux	21,4/10 000
Médecins	39,8/10 000
Psychiatres	20,9/100 000
Chirurgiens	38,7/100 000

Les SSP constituent la base du système de santé et la qualité des soins est jugée élevée. L'utilisation des données a été intégrée dans le système avec l'établissement de 90 registres nationaux de maladies. Des directives cliniques nationales ont été lancées en 2000, et on a assisté au cours des 5 dernières années à une coopération interrégionale accrue, sous la houlette du gouvernement national. Ce système est connu sous le nom de « soins de santé basés sur la connaissance ».

Prévention, gestion et réadaptation des AVC

Le registre national de qualité des AVC, ou « Riksstroke », a été créé en 1994 et les premières directives cliniques nationales à partir de données factuelles relatives aux AVC ont été publiées en 2000 par le NBHW, puis révisées en 2005, 2009 et 2011. Les taux d'incidence de premiers AVC dans le sud de la Suède ont diminué de 33% entre 2001 et 2015.(80) En 2019, les directives cliniques ont été étendues pour inclure des « protocoles de prise en charge » standardisés pour les soins intensifs des patients victimes d'un AVC, qui sont actuellement mis en œuvre dans tout le pays.

Prévention des maladies cardiovasculaires

Des études sur l'ensemble de la population suédoise et portant sur des interventions de prévention ont été lancées dans les années 1980 et ont démontré une diminution de l'incidence des maladies cardiovasculaires, de la mortalité cardiovasculaire et de la mortalité totale. Le NBHW a publié une directive sur la prévention et travaille sur les protocoles de soins. Des régions ont commencé à intégrer des services de prévention spécifiques, avec par exemple des bilans de santé intégrés dans les SSP dans 50% des régions, des cliniques dites « mode de vie » proposées dans certains hôpitaux et le démarrage de projets pilotes d'infrastructure tenant compte des déterminants sociaux et commerciaux de la santé.



© Kristin Lidell/imagebank sweden.se

◀ La plupart des soins de santé en Suède sont dispensés dans des centres médicaux où travaillent ensemble médecins, infirmiers et autres professionnels. Les centres médicaux renvoient parfois un patient vers un hôpital plus grand doté de spécialistes.

Protection financière

Coût des soins de santé **11,9% du PIB**

Pourcentage de foyers dont les dépenses de santé sont >10% **5,5%**

Le système de santé suédois est financé par les impôts. Le paiement d'un ticket modérateur est souvent exigé pour l'accès aux soins ou aux médicaments aux niveaux primaire, secondaire et/ou tertiaire, mais des dérogations selon l'âge, des plafonds annuels (environ 130 euros par an et par personne) et des régimes d'aide sociale sont en place pour éviter à la population des paiements directs de santé élevés.



«

Je pense que l'une des raisons pour lesquelles je suis là aujourd'hui c'est que nous avons la CSU. Sans l'accès aux soins gratuits je serais ruiné aujourd'hui ; endetté ou mort. »

PLWNCD

Facteurs facilitant l'intégration des MNT dans la mise en œuvre de la CSU

Étroite collaboration entre le NBHW, les autorités régionales et la société civile

« S'agissant de la prise en charge du cancer, le NBHW et les autorités régionales ont œuvré de concert pour assurer une approche systématique sur un certain nombre de traitements et de protocoles de soins du cancer. Cette démarche a été extrêmement fructueuse et a permis de combler de nombreuses inégalités et de permettre une prise en charge plus standardisée. Mais bon nombre de politiques émanent de la société civile. La stratégie nationale de lutte contre le cancer a été bien élaborée grâce à la forte participation des patients. Il aurait été impossible de produire une telle stratégie autrement. » OSC

Les données et les directives servent à surveiller et assurer l'équité en matière d'accès et de qualité dans toutes les régions

« La qualité de nos données, les ressources qui permettent de suivre chaque individu, constituent un atout immense. Nous pouvons descendre jusqu'au niveau communautaire pour déceler des différences et donc identifier des tendances. Dans les années 80, lorsque les ordinateurs ont commencé à être utilisés dans la planification sanitaire, il est devenu possible d'élaborer de nouveaux plans en fonction des situations réelles que connaissait la population, et je sais que cela a favorisé l'apparition d'un programme de prévention. L'une des raisons pour lesquelles les décideurs se sont intéressés aux MNT, c'est parce qu'ils ont pu mieux en mesurer l'impact. » Univ.

Un accompagnement cohérent des politiques de haut niveau et de la société civile

« La CSU fait une telle différence en termes de morbidité, en termes de nos attentes vis-à-vis de la société. Personne ne la remet en question, pas même l'aile la plus conservatrice de la sphère politique. » OSC



©Elisabeth Edén/imagebank.sveeden.se

Impact de la COVID-19

Impacts négatifs sur les services de prévention et de dépistage

« Certains centres de SSP ont enregistré une baisse de 50% du nombre de leurs patients. Ces centres sont le premier point de contact pour 70% des personnes qui pensent avoir un cancer. Nous nous attendons donc à ce que de nombreuses personnes soient diagnostiquées à un stade plus avancé, ce qui provoquera une hausse des taux de mortalité. » OSC

Les protocoles de soins standard ont été adaptés

« Les patients atteints de cancer ont reçu un traitement malgré la COVID-19, mais bien souvent le traitement a été adapté. Ainsi, certains patients ont reçu des traitements plus coûteux mais plus rapides à administrer et ayant moins d'effets secondaires, afin de passer moins de temps à l'hôpital. » OSC

Défis

Inégalités persistantes

« Si nous regardons les gradients sociaux de santé, il apparaît clairement qu'il existe des différences et des écarts. Exemple : entre les personnes peu instruites et les personnes très instruites. Afin de pouvoir changer la donne, nous devons agir très tôt, dès l'enfance. Nous devons trouver des moyens d'intervenir avant que les facteurs de risque ne déclenchent des maladies. À ce moment-là il est trop tard. » Univ.

Prochaines étapes

Un accent sur la prévention qui intègre une approche pangouvernementale et s'attaque aux déterminants sociaux et commerciaux de la santé

Ainsi, des travaux ont commencé sur des directives nationales en matière d'activité physique et des projets pilotes de construction sociale sont en cours.

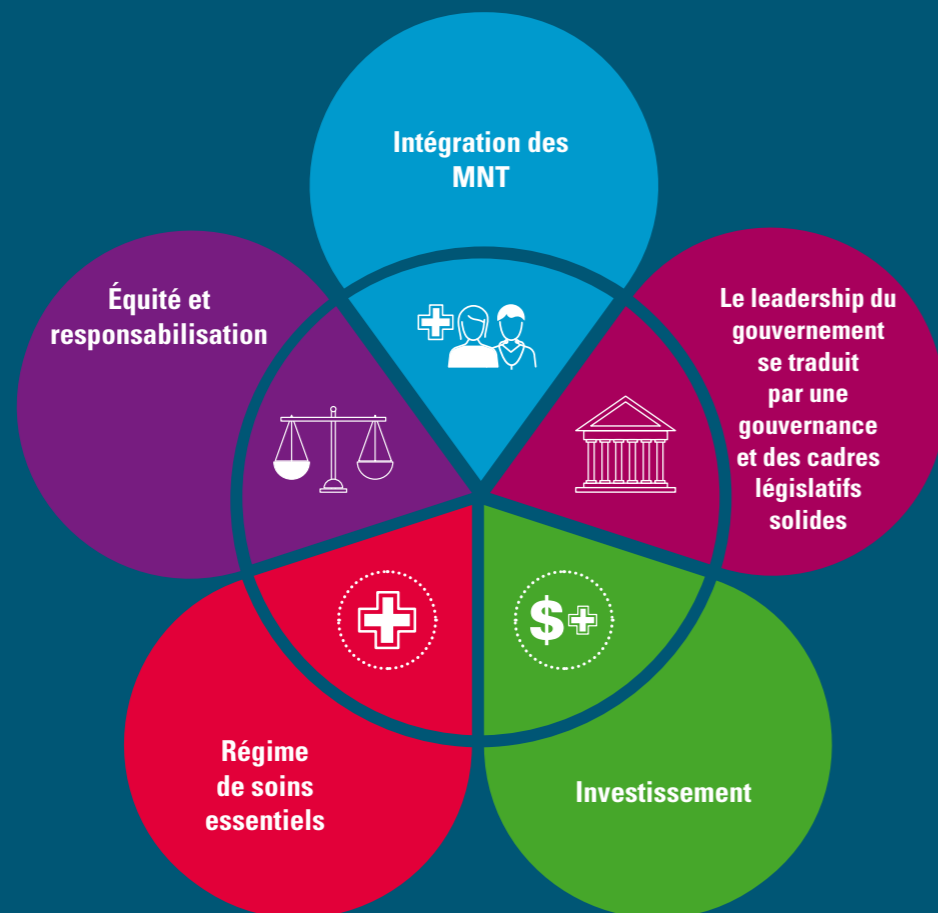
Renforcement de la coopération entre parties prenantes

La coopération entre le gouvernement national et les groupes de travail pour les nouveaux protocoles de soins, ainsi qu'entre le gouvernement national et les autorités régionales doit continuer de s'améliorer.

◀ Les centres pédiatriques sont des centres de soins spéciaux pour les nouveau-nés et les jeunes enfants. Ils font partie des soins de santé primaires et les visites sont gratuites.

Recommandations d'experts nationaux

Le compte à rebours 2030 pour les MNT a prouvé que pour la majorité des pays, le déclin des décès prématurés dus aux MNT est actuellement trop lent pour atteindre la cible 3.4 des ODD. Cependant, les pays disposent encore de nombreuses options pour accélérer le déclin de la mortalité. (21) Le professeur Ezzati souligne: « pour progresser, nous devons apprendre des pays qui réussissent et reproduire leurs stratégies de prévention et de prise en charge des MNT. »(81) Les informateurs clés de l'Australie, de l'Éthiopie, de l'Inde, de la Jordanie, du Mexique, des Philippines, du Rwanda et de la Suède, qui représentent un large éventail de contextes politiques et économiques, ont été invités à formuler des recommandations à l'intention des responsables politiques d'autres pays, chargés de mettre en œuvre la CSU. Une synthèse de leurs expériences et leurs recommandations figure ci-dessous.



Intégration des MNT

Étant donné la transition épidémiologique et la hausse de la prévalence des MNT, la prévention et la prise en charge des MNT adaptées à la démographie et aux profils de morbidités doivent constituer un aspect fondamental et totalement intégré de la CSU dans tous les pays. Ce rapport montre la charge que fait peser la COVID-19 sur les personnes vivant avec des MNT et les impacts négatifs qu'elle a eus sur les services liés à ces maladies. Les décideurs doivent veiller aux points suivants:

Tirer les leçons de la pandémie de COVID-19 et voir l'intégration des MNT dans la CSU comme un pilier de la sécurité sanitaire.

« Une pandémie fait des dégâts, mais elle peut également offrir des avantages. La pandémie est l'occasion parfaite d'universaliser les soins. » Gov. Mexique

Les soins liés aux MNT sont centrés sur la personne, inclusifs et adaptés aux populations marginalisées et autochtones

« Il convient d'être attentif aux éléments disparates des populations et aux différents facteurs de risque existant dans les différents sous-groupes de population, à savoir la culture, la langue, les injustices historiques et les préjugés. Toute intervention, riposte ou appréhension du problème des MNT doit en tenir compte. » Gov. Australie

La prise en charge des MNT repose sur des données factuelles, des directives et un bon rapport coût-efficacité

« Elle doit reposer sur des données factuelles. » PdS Suède

La prise en charge des MNT est assurée tout au long du continuum de soins, de la promotion de la santé aux soins palliatifs, en mettant l'accent sur la prévention, le dépistage précoce et l'accès aux médicaments essentiels tels que l'insuline

« Bon nombre de MNT sont évitables, nous devons donc travailler sur la prévention. Les décideurs politiques doivent intégrer la prévention à leurs politiques. » PLWNCD Éthiopie

« Nous devons nous assurer que les médicaments essentiels sont disponibles au niveau des SSP et que les personnes qui en ont réellement besoin en bénéficient. » PdS Inde

ix Activités réalisées conjointement par plusieurs ministères, administrations publiques et agences publiques afin d'apporter une solution commune à un problème ou une question particulière.



Le leadership du gouvernement se traduit par une gouvernance et des cadres législatifs solides

Un leadership politique de haut niveau est nécessaire pour piloter le développement et la mise en œuvre de la CSU au niveau national. La CSU doit être promulguée par le biais de systèmes de gouvernance solides qui incluent une consultation et une participation significatives de la société civile et des personnes vivant avec des MNT, et elle doit être ancrée dans la législation nationale. La législation doit appeler à l'équité d'accès aux services médicaux mais également aux médicaments et vaccins essentiels, et donner la priorité au « dernier kilomètre ». Un plan national sur la CSU dont le budget englobe les MNT et qui est adapté aux besoins des populations et à la structure existante du système de santé, constitue la pierre angulaire de la mise en œuvre. Les décideurs doivent veiller aux points suivants:

Leadership, accompagnement et investissement de la part du gouvernement au plus haut niveau

« Un élan politique du plus haut niveau est l'un des aspects fondamentaux de ces politiques » Gov. Philippines

Une approche pangouvernementale*

« Les MNT ne peuvent pas dépendre uniquement du ministère de la Santé, elles ne peuvent pas relever de la responsabilité d'un seul secteur. Il doit s'agir d'une coopération multisectorielle impliquant le ministre des Collectivités territoriales, le ministre de l'Éducation, etc. Veillez à travailler avec d'autres secteurs pour lutter contre les MNT. » Gov. Rwanda

Anchor national vision and objectives in legislation

« Si la santé en tant que droit de la personne humaine est inscrite dans la constitution, alors les choses bougeront dans le bon sens. » PdS mexicain

« Les pays doivent légiférer. » Univ. Suède



Investissement

Adapté au contexte national, le soutien financier, qui couvre un ensemble de soins de base comprenant les services liés aux MNT et les médicaments et provient d'une combinaison de sources nationales et, le cas échéant, internationales, est crucial pour la réalisation de la CSU. Parmi les mécanismes financiers, inclure l'assurance maladie communautaire et les programmes d'aide publique, afin de fournir une protection financière aux populations marginalisées. Les gouvernements doivent envisager de recourir à des mesures supplémentaires génératrices de revenus, telles que la taxation (et/ou la suppression des subventions) des produits mauvais pour la santé (tabac, alcool, aliments ultra-transformés et à forte teneur en graisse, sucre et sel, combustibles fossiles et autres polluants). Les décideurs doivent veiller aux points suivants :

Le financement est adapté au contexte national/local

« La première leçon fondamentale est l'efficacité. Les pays devraient déterminer qui paie quoi dans les différents régimes d'assurance maladie. Il y a souvent de nombreux chevauchements entre ce qui est payé par l'assurance maladie et ce qui est couvert par les revenus de la taxation, il existe donc des doublons et des chevauchements qui entraînent l'inefficacité du système de financement et des prestations de

première ligne. Définissez qui paie quoi dans votre pays. » Gouv. Philippines

Affectation suffisante de fonds publics et mise en place d'une assurance maladie communautaire comprenant l'intégration de subventions publiques pour les populations marginalisées

« Dans notre pays, la plupart des activités de promotion de la santé et le HMIS sont financés par l'argent des contribuables, car nous les considérons comme un bien public. L'ensemble des soins cliniques à proprement parler, qu'il s'agisse de soins hospitaliers ou ambulatoires, est financé par l'assurance maladie. Notre loi sur la CSU prévoit que ceux qui ne peuvent pas payer leurs cotisations d'assurance maladie reçoivent des subventions du gouvernement national. » Gouv. Philippines

« La politique sans ressource, c'est de la poésie. Cela ne sert à rien. » OSC Éthiopie

Intégration d'approches complémentaires à l'investissement

« Introduire une taxation des produits mauvais pour la santé tels que le tabac, l'alcool, etc. et en utiliser les recettes pour soutenir des initiatives de lutte contre les MNT. » Gouv. Éthiopie



Cet homme de 41 ans dit que les prestations et l'assurance maladie dont il bénéficie désormais avec l'aide du programme d'emploi d'urgence AusAid de l'OIT sont comme un cadeau.



Régime de soins essentiels^x

Il s'agit de l'ensemble des services que le gouvernement juge essentiels pour répondre aux besoins démographiques et sanitaires de la population. Il doit comprendre des services complets et intégrés liés aux MNT dans tout le continuum de soins et tout au long de la vie. Les services doivent être conçus selon l'infrastructure du système de santé du pays, qui comprend les services communautaires, les soins de santé primaires et les soins hospitaliers secondaires et tertiaires. Les décideurs doivent veiller aux points suivants :

Un système de soins de santé primaires solide

« La distance est un obstacle majeur à la lutte contre les maladies. Veillez à fournir un minimum de soins au plus près des communautés ; Si les prestataires sont bien formés, ils sauront dépister et orienter. Nous pouvons résoudre le problème de la distance, des patients qui doivent marcher longtemps pour voir un médecin. » Univ. Rwanda

Un système de soins intégré reconnaissant la multimorbidité et permettant une approche tout au long de la vie

« Ne travaillez pas en vase clos. Si la plupart des gens ne doivent affronter qu'une maladie, nombre d'entre eux en ont plusieurs. » PLWNCD Suède

« Nous avons constaté que l'intégration de la prévention et de la maîtrise des MNT dans d'autres programmes bien établis et bien financés a donné de bons résultats. Nous travaillons avec les programmes de lutte contre le VIH, la tuberculose et les programmes de santé maternelle et infantile. Cela nous a aidé à avancer rapidement, car les MNT sont sous-financées partout dans le monde. » Gouv. Rwanda

Un personnel de santé solide, régulièrement formé et équipé pour fournir des services liés aux MNT dans tout le continuum de soins. Dans les PRFI, le transfert de tâches au personnel infirmier et aux ASC est crucial.

« Utiliser tous les professionnels disponibles. En Australie nous avons dans les régions reculées du personnel infirmier habilité à prescrire des médicaments à partir d'une liste, parce que ce sont les seuls professionnels de santé sur place. » OSC Australie



Équité et responsabilisation

L'équité dans l'accès à la prise en charge des MNT est à la base de la CSU et doit être progressivement réalisée dans tous les pays. La mise en œuvre d'un cadre de responsabilisation incluant la société civile et les personnes vivant avec des MNT, permettra d'examiner, de réviser et d'améliorer progressivement la mise en œuvre de la CSU. Les décideurs doivent veiller aux points suivants :

Les personnes vivant avec des MNT, les OSC et les milieux universitaires jouent un rôle central dans les processus de consultation et décisionnels

« L'approche descendante n'est jamais bonne ; il faut donc impliquer les populations sur le terrain... choisir des personnes de confiance et connues, c'est absolument fondamental. Ce qui vient d'en haut et qui n'a pas impliqué ceux qui sont censés l'utiliser, ne sert à rien. » Gouv. Suède

« Nous devons mobiliser la communauté et les personnes vivant avec des MNT pour nous assurer qu'elles comprennent les problématiques et participent activement au processus d'élaboration des politiques. » Gouv. Rwanda

Des systèmes efficaces de collecte de données comprenant des indicateurs sanitaires, sociaux et financiers, adaptés au contexte national

« Vous devez développer des systèmes de données vous permettant de suivre ce que vous faites. Si vous ne savez pas ce que vous faites, comment voulez-vous savoir ce que vous devez changer ? L'amélioration basée sur les données est essentielle. » Gouv. Suède

« Produire des données probantes au niveau national. » PdS Éthiopie

Un processus de révision continue de l'impact et de l'efficacité des politiques de CSU

« Il s'agit d'un cheminement lent et progressif, aucune intervention unique ni aucun paquet d'interventions ne permettra d'intégrer les MNT dans la CSU. Cela doit se faire au fil du temps, avec un ensemble d'interventions, qu'il s'agisse du tabac, de l'alcool, de l'obésité, de l'alimentation saine ou de la nutrition. La clé c'est la progression constante. » Gouv. Australie

^x Le régime de soins essentiels peut également être appelé régime d'assurance maladie, couverture maladie minimum, régime d'assurance maladie essentielle ou régime de couverture sanitaire universelle.

Biographie

- 1 WHO. World Health Statistics 2020: Monitoring Health For The Sustainable Development Goals. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332070/9789240005105-eng.pdf>
- 2 Jan S, Laba T, Essue BM, Gheorghe A, Muhunthan J, Engelgau M, et al. The Lancet Taskforce on NCDs and economics 3 Action to address the household economic burden of non-communicable diseases. *Lancet*. 2018;391(10134):2047–58. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30323-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30323-4)
- 3 Niessen LW, Mohan D, Akuoku JK, Mirelman AJ, Ahmed S, Koehlmoos TP, et al. Tackling socioeconomic inequalities and non-communicable diseases in low-income and middle-income countries under the Sustainable Development agenda. *Lancet*. 2018;391(10134):2036–46. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30482-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30482-3)
- 4 Nurith A. How To Reduce Human Suffering: 3 Lessons From A Seminal Public Health Study. NPR. 2020. Available from: <https://www.npr.org/sections/goatsandsoda/2020/10/16/924458813/how-to-reduce-human-suffering-3-lessons-from-a-seminal-public-health-study?t=1603795581290>
- 5 UN. Political declaration of the High-Level Meeting on Universal Health Coverage (74th sess.:2018-2019). 2019.
- 6 WHO, WB. Monitoring Progress towards Universal Health Coverage at Country and Global Levels: Framework, Measures and Targets. 2014. Available from: https://www.who.int/healthinfo/universal_health_coverage/report/2014/en/
- 7 UN. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development (70th sess.:2014-2015). 2015.
- 8 WHO. WHO unveils sweeping reforms in drive towards “triple billion” targets. 2019. Available from: <https://www.who.int/news/item/06-03-2019-who-unveils-sweeping-reforms-in-drive-towards-triple-billion-targets>
- 9 HO. Declaration on Primary Health Care Astana, 2018. Available from: <https://www.who.int/teams/primary-health-care/conference/declaration>
- 10 WHO. 2019 UHC Monitoring Report: Primary Health Care on the Road to Universal Health Coverage. Available from: https://www.who.int/healthinfo/universal_health_coverage/report/2019/en/
- 11 WHO, WB. Tracking Universal Health Coverage: 2017 Global Monitoring Report. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259817/9789241513555-eng.pdf;jsessionid=7D4CE548113495B296B8C8E0B5BE5E91?sequence=1>
- 12 UN. Political declaration of the High-Level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-Communicable Disease (66th sess.:2011-2012). 2011.
- 13 UN. Outcome document of the High-Level Meeting of the General Assembly on the Comprehensive Review and Assessment of the Progress Achieved in the Prevention and Control of Non-communicable Diseases (68th sess.:2013-2014). 2014.
- 14 WHO. Global Action Plan for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases (2013-2020). 2013. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241506236>
- 15 UN. Political declaration of the 3rd High-Level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-Communicable Disease (73rd sess.:2018-2019). 2018.
- 16 Bukhman G, Mocumbi AO, Atun R, Becker AE, Bhutta Z, Binagwaho A, et al. The Lancet NCDI Poverty Commission : bridging a gap in universal health coverage for the poorest billion. 2020;6736(20):1–54.
- 17 Vollset SE, Goren E, Yuan CW, Cao J, Smith AE, Hsiao T, et al. Fertility, mortality, migration, and population scenarios for 195 countries and territories from 2017 to 2100: a forecasting analysis for the Global Burden of Disease Study. *Lancet*. 2020;1–22.
- 18 The Academy of Medical Sciences. Multimorbidity: a priority for global health research. 2018. Available from: <https://acmedsci.ac.uk/file-download/82222577>
- 19 NCD Countdown 2030 collaborators. Health Policy NCD Countdown 2030: worldwide trends in non-communicable disease mortality and progress towards Sustainable Development Goal target 3.4. *Lancet*. 2018;392. Available from: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2818%2931992-5>.
- 20 WHO. News release: WHO gets new advice on curbing deadly noncommunicable diseases. 2019; Available from: <https://www.who.int/news/item/10-12-2019-who-gets-new-advice-on-curbing-deadly-noncommunicable-diseases>
- 21 Countdown NCD. Health Policy NCD Countdown 2030: pathways to achieving Sustainable Development Goal target 3.4. *Lancet*. 2020;396(10255):918–34. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31761-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31761-X)
- 22 GBD 2019 Universal Health Coverage Collaborators. Measuring universal health coverage based on an index of effective coverage of health services in 204 countries and territories , 1990 – 2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. 2020;1990–2019.
- 23 Bertram MY, Sweeny K, Lauer JA, Chisholm D, Sheehan P, Rasmussen B, et al. The Lancet Taskforce on NCDs and economics 5 Investing in non-communicable diseases: an estimation of the return on investment for prevention and treatment services. *Lancet*. 2015;391(10134):2071–8. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30665-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30665-2)
- 24 WHO. Tools for implementing WHO PEN (Package of essential noncommunicable disease interventions). Available from: https://www.who.int/ncds/management/pen_tools/en/
- 25 WHO. Rapid assessment of service delivery for NCDs during the COVID-19 pandemic. 2020. Available from: <https://www.who.int/publications/m/item/rapid-assessment-of-service-delivery-for-ncds-during-the-covid-19-pandemic>
- 26 WHO. The impact of COVID-19 on mental, neurological and substance use services: Results of a rapid assessment. 2020. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/978924012455>
- 27 World Health Organization, #NextGenNCD Department, Review of COVID-19 Preparedness and Response Plans through an NCD Lens. 2020.
- 28 Haque M, Islam T, Rahman NAA, McKimm J, Abdullah A, Dhingra S. Strengthening primary health-care services to help prevent and control long-term (Chronic) non-communicable diseases in low- and middle-income countries. *Risk Management and Healthcare Policy*. 2020;13:409–26.
- 29 Liu H, Huffman MD, Trieu K. The role of contextualisation in enhancing non-communicable disease programmes and policy implementation to achieve health for all. *Heal Res Policy Syst*. 2020;18(1):1–4.
- 30 Blake C, Bohle LF, Rotaru C, Zarbailov N, Sava V, Sécular F, et al. Quality of care for non-communicable diseases in the Republic of Moldova: A survey across primary health care facilities and pharmacies. *BMC Health Serv Res*. 2019;19(1):1–13.
- 31 NCDA. Improving quality of life for communities living with HIV / AIDS, TB and Malaria. 2020. Available from: [https://ncdalliance.org/sites/default/files/resource_files/NCD Alliance Briefing Note_Global Fund Strategy 2023-2028_FINAL%5B1%5D.pdf](https://ncdalliance.org/sites/default/files/resource_files/NCD%20Alliance%20Briefing%20Note%20Global%20Fund%20Strategy%202023-2028_FINAL%5B1%5D.pdf)
- 32 NCDA. The Need for a Person-Centred, Inclusive NCD Agenda: A Discussion Paper. 2020. Available from: <https://ncdalliance.org/resources/the-need-for-a-person-centred-inclusive-ncd-agenda>
- 33 Nugent R. Insights: How Does Integration of Noncommunicable Diseases Really Work in the Universal Health Coverage World? RTI International; 2020. Available from: <https://www.rti.org/insights/how-does-integration-noncommunicable-diseases-really-work-universal-health-coverage-world>
- 34 uruvilla S, Sadana R, Montesinos EV, Beard J, Vasdeki JF, Carvalho IA De, et al. A life-course approach to health: Synergy with sustainable development goals. *Bull World Health Organ*. 2018;96(1):42–50.
- 35 Rawal LB, Kanda K, Biswas T, Tanim MI, Poudel P, Renzaho AMN, et al. Non-communicable disease (NCD) corners in public sector health facilities in Bangladesh: A qualitative study assessing challenges and opportunities for improving NCD services at the primary healthcare level. *BMJ Open*. 2019;9(10).
- 36 Dukpa W, Teerawattananon Y, Rattanavipapong W, Srinonprasert V, Tongsi W, Kingkaew P, et al. Is diabetes and hypertension screening worthwhile in resource-limited settings? An economic evaluation based on a pilot of a Package of Essential Non-communicable disease interventions in Bhutan. *Health Policy Plan*. 2015;30(8):1032–43.
- 37 Arredondo A, Azar A, Recaman AL. Challenges and dilemmas on universal coverage for non-communicable diseases in middle-income countries: Evidence and lessons from Mexico. *Global Health*. 2018;14(1):1–10.
- 38 Chen S, Guo L, Wang Z, Mao W, Ge Y, Ying X, et al. Current situation and progress toward the 2030 health-related Sustainable Development Goals in China: A systematic analysis. Vol. 16, *PLoS Medicine*. 2019. 1–33 p.
- 39 WHO. Healthy Cities Initiative: Approaches and Experience in the African Region. Regional Office of Africa. Brazzaville. 2002.
- 40 Oni T, Mogo E, Ahmed A, Davies JI. Breaking down the silos of Universal Health Coverage: Towards systems for the primary prevention of non-communicable diseases in Africa. *BMJ Glob Heal*. 2019;4(4):10–3.
- 41 Thet Swe K, Mizanur Rahman M, Shafiur Rahman M, Saito E, Abe SK, Gilmour S, et al. Cost and economic burden of illness over 15 years in Nepal: A comparative analysis. *PLoS One*. 2018;13(4):1–14.
- 42 Katibeh M, Kalantarion M, Mariotti SP, Safi S, Shahraz S, Kallestrup P, et al. A stakeholder perspective on diabetes mellitus and diabetic retinopathy care in Iran; A qualitative study. *Arch Iran Med [Internet]*. 2017;20(5):288–94. Available from: <http://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&from=export&id=L616123441>
- 43 Gibbs N, Kwon J, Balen J, Dodd P. Operational research to support equitable non-communicable disease policy in low-income and middle-income countries in the sustainable development era: a scoping review. *BMJ Glob Heal*. 2020;5(6):e002259.
- 44 Rahman MS, Rahman MM, Gilmour S, Swe KT, Krull Abe S, Shibuya K. Trends in, and projections of, indicators of universal health coverage in Bangladesh, 1995–2030: a Bayesian analysis of population-based household data. *Lancet Glob Heal*. 2018;6(1):e84–94. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X\(17\)30413-8](http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30413-8)
- 45 Allen LN. Financing national non-communicable disease responses. *Glob Health Action*. 2017;10(1). Available from: <https://doi.org/10.1080/16549716.2017.1326687>
- 46 WHO. How pharmaceutical systems are organized in Asia and the Pacific. Manila: World Health Organization Regional Office for the Western Pacific. 2018.

- 47 Twagirumukiza M, Cosjins A PE. Influence of tropical climate conditions on the quality of antihypertensive drugs from Rwandan pharmacies. *Am J Trop Med Hyg.* 2009;(81):776–781.
- 48 Rockers PC, Laing RO, Wirtz VJ. Equity in access to non-communicable disease medicines: A cross-sectional study in Kenya. *BMJ Glob Heal.* 2018;3(3):1–7.
- 49 WHO. The Global Health Observatory. Available from: <https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/>
- 50 NVIVO. Available from: <https://www.qsrinternational.com/nvivo-qualitative-data-analysis-software/home>
- 51 The World Bank: DataBank. Available from: <https://data.worldbank.org/indicator/>
- 52 Australian Government. Australian Institute of Health and Welfare. Australia's health 2018. Australia's health series no. 16. AUS 221. Canberra: AIHW. Available from: <https://www.aihw.gov.au/getmedia/6bc8a4f7-c251-4ac4-9c05-140a473efd7b/aihw-aus-221-chapter-3-3.pdf.aspx>.
- 53 Parisi R, Iskandar IYK, Kontopantelis E, Augustin M, Griffiths CEM, Ashcroft DM, et al. National, regional, and worldwide epidemiology of psoriasis : systematic analysis and modelling study. *BMJ* 2020;369:m1590. Available from: <https://www.bmj.com/content/369/bmj.m1590%20>
- 54 Australian Government. Department of Health. Tobacco Control Key Facts and Figures: Smoking prevalence rates. 2018. Available from: <https://www1.health.gov.au/internet/publications/publishing.nsf/Content/tobacco-control-toc~smoking-rates>
- 55 Federal Democratic Republic of Ethiopia. Ministry of Health. National Strategic Action Plan for Prevention and Control of Non-Communicable Diseases in Ethiopia. 2014 - 2016. Available from: [https://www.iccp-portal.org/system/files/plans/ETH_B3_National Strategic Action Plan %28NSAP%29 for Prevention and Control of Non-Communicable Diseases - Final.pdf](https://www.iccp-portal.org/system/files/plans/ETH_B3_National%20Strategic%20Action%20Plan%20for%20Prevention%20and%20Control%20of%20Non-Communicable%20Diseases%20-%20Final.pdf)
- 56 Ministry of Health. Essential Health Services Package of Ethiopia. 2019. Available from: https://www.humanitarianresponse.info/sites/www.humanitarianresponse.info/files/documents/files/essential_health_services_package_of_ethiopia_2019.pdf
- 57 Ethiopia NCDI Commission. Addressing the Impact of Noncommunicable Diseases and Injuries in Ethiopia. 2018. Available from: <http://www.ncdipoverty.org/ethiopia-report/>
- 58 Ethiopia Federal Ministry of Health. Ethiopia's Fifth National Health Accounts 2010/2011.
- 59 WHO. The Abuja Declaration: Ten Years On. 2011. Available from: https://www.who.int/healthsystems/publications/abuja_declaration/en/
- 60 National Health Portal. India. Bhore committee, 1946. Available from: https://www.nhp.gov.in/bhore-committee-1946_pg
- 61 PHFI. Universal Health Coverage Initiative for India. Available from: <http://www.uhc-india.org/reports.php>
- 62 National Health Policy. India. 2017. Available from: https://www.nhp.gov.in/nhpfiles/national_health_policy_2017.pdf
- 63 National Health Portal. India. Universal Health Coverage. Available from: https://www.nhp.gov.in/universal-health-coverage_pg
- 64 PHFI and The World Bank. India's Health Workforce: Size, composition and distribution. 2009; Available from: <http://documents1.worldbank.org/curated/en/928481468284348996/pdf/702410BRI0P1020k0Final000Vol010no03.pdf>
- 65 Zodpey S, Farooqui HH. Universal health coverage in India: Progress achieved & the way forward. *Indian J Med Res.* 2018;147(4):327-329. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6057252/>
- 66 Government of India. Ministry of Health & Welfare. National Programme for Prevention and Control of Cancer, Diabetes, Cardiovascular Diseases and Stroke. Available from: https://dghs.gov.in/content/1363_3_NationalProgrammePreventionControl.aspx
- 67 Government of India. Ministry of Health and Family Welfare. Ayushman Bharat - Health and Wellness Centre. Available from: <https://ab-hwc.nhp.gov.in>
- 68 Pandey A, Ploubidis G, L C, L D. Trends in catastrophic health expenditure in India: 1993 to 2014. *Bull World Heal Organ* 2018;96:18-28. Available from: <https://www.who.int/bulletin/volumes/96/1/17-191759/en/>
- 69 WHO. Regional Office for South-East Asia. Health financing profile 2017. India. 2017. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259642/HFP-IND.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- 70 Observatory GH. Country Focus Obesity in Mexico : rapid epidemiological transition and food industry interference in health policies. 2020;8(September):746–7.
- 71 OECD. Health Policy in Mexico by Directorate for Employment, Labour and Social Affairs. 2006;1–7.
- 72 NCD ATLAS. Briding the Gap on NCDs Through Civil Society Action. Initiatives of national and regional NCD alliances. 2020. Available from: https://ncdalliance.org/sites/default/files/resource_files/NCDatlas_NCDalliance_Feb2020_FINAL.pdf
- 73 PhilHealth: Benefits. Available from: <https://www.philhealth.gov.ph/benefits/#gsc.tab=0>
- 74 Government of Rwanda. Ministry of Health. Third Health Sector Strategic Plan. 2012-2018. Available from: http://www.moh.gov.rw/fileadmin/templates/Docs/HSSP_III_FINAL_VERSION.pdf
- 75 Republic of Rwanda. Ministry of Health. Health Facilities. 2020. Available from: <https://moh.gov.rw/index.php?id=547>
- 76 Ministère de la Santé. La liste Nationale des Médicaments essentiels, 5e édition. 2010. Available from: https://www.who.int/selection_medicines/country_lists/RWA_LNME_2010.pdf?ua=1
- 77 WHO. Rwanda: the beacon of Universal Health Coverage in Africa. 2019. Available from: <https://www.afro.who.int/news/rwanda-beacon-universal-health-coverage-africa>
- 78 Government of Rwanda. Ministry of Health. Rwanda Community Based Health Insurance Policy. 2010. Available from: https://rbc.gov.rw/fileadmin/user_upload/Rwanda_Community_Based_Health_Insurance_Policy.pdf
- 79 Daglig tobaksrökning. Available from: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/tolkad-rapportering/folkhalsans-utveckling/resultat/levnadsvanor/tobaksrokning-daglig/>
- 80 Aked J. Temporal Trends of Stroke Epidemiology in Southern Sweden: A Population-Based Study on Stroke Incidence and Early Case-Fatality. 2018;174–82.
- 81 Press Release: The NCD Countdown 2030 report shows slow progress towards UN SDG target 3.4. 2020. Available from: <https://ncdalliance.org/news-events/news/new-ncd-countdown-2030-report-shows-slow-progress-towards-un-sdg-target-34>

Ce rapport de recherche sur les politiques décrit les progrès réalisés à ce jour dans le monde pour intégrer les MNT dans les régimes de CSU. À travers l'analyse d'entretiens menés auprès d'experts d'Australie, Éthiopie, Inde, Jordanie, Mexique, Philippines, Rwanda et Suède, il partage des connaissances en présentant des exemples de ces pays et examine le rôle de la prévention et de la prise en charge des MNT pour améliorer la sécurité sanitaire à la lumière de la pandémie de COVID-19. Il démontre qu'il existe des méthodes éprouvées pour intégrer efficacement les MNT à la CSU à l'échelle nationale, dans différents contextes économiques, permettant ainsi aux gouvernements d'offrir prise en charge et protection financière aux personnes vivant avec des MNT dans l'ensemble de la population.



**FAIRE DE LA PRÉVENTION ET DE LA MAÎTRISE DES MNT
UNE PRIORITÉ MONDIALE**

Website: www.ncdalliance.org Twitter: [@ncdalliance](https://twitter.com/ncdalliance) E-mail: info@ncdalliance.org