



Organisation  
panaméricaine  
de la Santé



Organisation  
mondiale de la Santé  
BUREAU RÉGIONAL DES  
Amériques

## 53<sup>e</sup> CONSEIL DIRECTEUR

### 66<sup>e</sup> SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL DE L'OMS POUR LES AMÉRIQUES

Washington, D.C., ÉUA, du 29 septembre au 3 octobre 2014

---

*Point 4.3 de l'ordre du jour*

CD53/5, Rév. 2  
2 octobre 2014  
Original : espagnol

### STRATÉGIE POUR L'ACCÈS UNIVERSEL À LA SANTÉ ET LA COUVERTURE SANITAIRE UNIVERSELLE

#### **Introduction**

1. Dans la Région des Amériques, des millions de personnes ne peuvent pas accéder à des services de santé globaux pour être en bonne santé, prévenir la maladie et recevoir des services de santé quand elles sont malades, y compris des soins palliatifs en phase terminale de leur maladie. Cette Région continue à être l'une des plus inéquitables au monde (1). Assurer que toutes les personnes et les communautés aient accès aux services de santé globaux dont elles ont besoin est un défi fondamental pour l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) et la raison d'être de cette stratégie.

2. Les pays de la Région ont utilisé diverses approches et formes d'organisation de leurs systèmes de santé pour répondre à ce défi. Ces expériences, ainsi que les données probantes disponibles, permettent d'identifier des éléments d'orientation pour l'avancement progressif vers l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle, qui se reflètent dans cette stratégie. Toutefois, chaque pays doit, en tenant compte de son contexte national, historique, économique et social, définir la manière la plus efficiente d'organiser son système de santé et utiliser ses ressources pour assurer que toutes les personnes ont accès aux services de santé globaux quand elles en ont besoin.

3. L'accès est la capacité d'utiliser des services de santé globaux, appropriés, opportuns et de qualité au moment où ils sont nécessaires. Les services de santé globaux, appropriés, opportuns et de qualité se rapportent à des actions à l'intention des populations et/ou des individus, appropriées sur le plan culturel, ethnique et linguistique avec une approche de genre, qui tiennent compte des besoins différenciés pour promouvoir la santé, prévenir les maladies, soigner la maladie (diagnostic, traitement, soins palliatifs et réadaptation) et offrir les soins nécessaires à court, moyen et long terme.

---

4. L'accès universel se définit comme l'absence de barrières de type géographique, économique, socioculturel, organisationnel ou de genre. L'accès universel s'obtient à travers l'élimination progressive des barrières qui empêchent que toutes les personnes utilisent les services de santé globaux, déterminés au niveau national de manière équitable.

5. La couverture de santé est définie comme la capacité du système de santé de répondre aux besoins de la population, ce qui comprend la disponibilité d'infrastructure, de ressources humaines, de technologies de la santé (dont les médicaments) et de financement. La couverture sanitaire universelle implique que les mécanismes d'organisation et de financement soient suffisants pour couvrir toute la population. La couverture universelle n'est pas suffisante en soi pour assurer la santé, le bien-être et l'équité en santé, mais elle en assoit les fondements nécessaires (2).

6. L'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle impliquent que toutes les personnes et les communautés aient accès, sans discrimination d'aucune sorte, à des services de santé globaux, appropriés, opportuns, de qualité, déterminés au niveau national, conformément aux besoins, ainsi qu'à des médicaments de qualité, sûrs, efficaces et abordables, tout en assurant dans le même temps que l'utilisation de ces services n'expose pas les usagers à des difficultés financières, en particulier les groupes en situation de vulnérabilité. L'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle requièrent la définition et la mise en œuvre de politiques et d'actions avec une approche multisectorielle pour aborder les déterminants sociaux de la santé et encourager l'engagement de toute la société pour promouvoir la santé et le bien-être.

7. L'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle sont le fondement d'un système de santé équitable. La couverture universelle se construit à partir de l'accès universel, opportun et effectif aux services. Sans accès universel, opportun et efficace, la couverture universelle devient un objectif irréalisable. Les deux constituent des conditions nécessaires pour réaliser la santé et le bien-être (3).

8. L'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle sont nécessaires pour améliorer les résultats de la santé et autres objectifs fondamentaux des systèmes de santé, et se fondent sur le droit de toute personne de posséder le meilleur état de santé possible, l'équité et la solidarité, valeurs adoptées par les États Membres de l'OPS (1-6).

9. Comme le définit la Constitution de l'OMS « La possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre est l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale » et elle est la valeur centrale pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle (7). Ce droit doit être promu et protégé sans distinction d'âge, d'ethnie, de sexe, de genre, d'orientation sexuelle, de langue, d'origine nationale, de lieu

de naissance ou de toute autre condition.<sup>1</sup> Promouvoir et protéger ce droit exige une articulation avec d'autres droits apparentés. Ce droit et d'autres droits liés à la santé sont traités dans de nombreuses constitutions nationales et dans des traités internationaux et régionaux.

10. L'élargissement de l'accès aux services pour les groupes en situation de vulnérabilité, établissant des priorités pour les interventions qui répondent aux besoins insatisfaits et aux défis en santé, tels que la mortalité maternelle et infantile, les maladies chroniques, l'infection par le VIH, la tuberculose et la violence, l'urbanisation, le manque d'accès à l'eau potable et aux services environnementaux, l'impact du changement climatique, entre autres, est critique à mesure que les États Membres progressent vers l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle.

11. La santé est une composante centrale du développement humain durable et l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle sont essentiels pour atteindre de meilleurs résultats en santé, afin d'assurer une vie en bonne santé et de promouvoir le bien-être de tous. L'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle protègent les personnes contre l'appauvrissement dû à des dépenses pour leurs soins de santé.

12. Ceci exige des politiques, plans et programmes de santé qui soient équitables et efficaces et qui respectent les besoins différenciés de la population. L'équité en santé se rapporte à l'absence de différences injustes dans l'état de santé, dans l'accès à des services de santé globaux, opportuns et de qualité, dans la contribution financière et dans l'accès à des environnements sains. Le genre, l'ethnie, l'âge et la condition économique et sociale sont des déterminants sociaux spécifiques qui ont un impact positif ou négatif sur l'iniquité en santé. Les politiques sociales et économiques contribuent à des inégalités de chances et peuvent affecter la capacité des hommes et des femmes d'accorder la priorité à la santé. L'efficacité se rapporte à l'utilisation optimale des ressources pour atteindre des objectifs sociaux déterminés.

13. Des stratégies de santé qui garantissent l'accès opportun et de qualité à toutes les personnes, dans le cadre de l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle requièrent une solidarité pour promouvoir et fournir la protection financière. Pour cela, il faut une mise en commun solidaire de fonds<sup>2</sup> et progresser vers l'élimination

---

<sup>1</sup> Voir les documents CD50/12 du 50<sup>e</sup> Conseil directeur de l'OPS/OMS (2010), La santé et les droits de l'homme et CD52/18 du 52<sup>e</sup> Conseil directeur de l'OPS/OMS (2013), Lutter contre les causes des disparités en matière d'accès et de recours aux services de santé par les personnes lesbiennes, gay, bisexuelles et trans.

<sup>2</sup> La mise en commun solidaire de fonds signifie l'intégration dans un fonds unique de toutes les sources de financement (sécurité sociale, budget de l'État, contributions individuelles et autres fonds), de caractère solidaire, c'est-à-dire, que chaque personne contribue selon sa capacité et reçoit les services selon ses besoins. Dans ce schéma, le budget public assume les contributions pour les personnes qui n'ont pas la capacité de contribuer (pauvres et indigents).

du paiement direct qui devient un obstacle à l'accès au moment de la prestation des services.

14. Les systèmes de santé efficaces et participatifs exigent l'engagement de la société, avec des mécanismes clairs d'inclusion, de transparence et de responsabilité, de participation multisectorielle, de dialogue et de consensus entre les différents acteurs sociaux, ainsi que de l'engagement politique ferme et de long terme des autorités chargées de formuler les politiques, législations, réglementations et stratégies pour accéder à des services intégrés, opportuns et de qualité.

15. Cet engagement devrait inclure, selon qu'il convient, un cadre conceptuel et juridique qui permette l'accès équitable aux services et qui place la santé parmi les priorités fiscales afin de permettre un niveau de financement suffisant, durable, solidaire et efficace. Les données probantes suggèrent que l'investissement en santé est un moteur pour le développement humain durable et la croissance économique (8).

16. La stratégie présentée ici articule les conditions qui permettent aux pays d'orienter et d'évaluer leurs politiques, et de mesurer les progrès vers l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle. Cependant, chaque pays a la capacité de définir son plan d'action, en tenant compte de son contexte social, économique, politique, juridique, historique et culturel, de même que des défis actuels et futurs en matière de santé.

17. La stratégie établit quatre lignes stratégiques simultanées et interdépendantes : *a)* élargir l'accès équitable à des services de santé globaux, de qualité, axés sur les personnes et les communautés, *b)* renforcer la fonction de direction et la gouvernance, *c)* augmenter et améliorer le financement, avec équité et efficacité, et progresser vers l'élimination du paiement direct, qui devient un obstacle à l'accès au moment de la prestation des services et *d)* renforcer la coordination multisectorielle pour aborder les déterminants sociaux de la santé qui garantissent la durabilité de la couverture universelle.

### **Antécédents**

18. Au cours des dernières décennies ont été formulées d'importantes politiques et initiatives stratégiques de renforcement des systèmes de santé aux plans national, régional et mondial, dont de nombreuses ont bénéficié de la participation active et de l'appui de l'OPS/OMS et d'autres partenaires.<sup>3</sup> Les plus récentes sont la Déclaration politique de Rio sur les déterminants sociaux de la santé de 2011, la Conférence des Nations Unies sur le développement durable de 2012 (Rio+20), la résolution A.RES/67/81 de l'Assemblée générale des Nations Unies (décembre 2012), la Déclaration de Panama pour réduire les iniquités en santé génésique, maternelle et infantile (2013) et la résolution WHA67.14 (2014) de l'Assemblée mondiale de la Santé sur la santé dans le programme de développement pour l'après-2015, qui identifie la couverture sanitaire universelle et les

---

<sup>3</sup> D'autres entités du système des Nations Unies, organismes de coopération multilatérale et bilatérale, organismes de coopération financière, société civile.

objectifs du Millénaire pour le développement non réalisés comme des facteurs importants pour l'équité et le développement humain. Actuellement, le débat vise à assurer des vies plus saines et la promotion du bien-être comme objectif clé. Les mandats, résolutions, stratégies et plans d'action de l'OPS/OMS qui appuient cette stratégie sont cités à l'annexe IV du Plan stratégique de l'OPS (1,3, 13, 14, 15).

19. Les pays de la Région ont réaffirmé leur engagement à la couverture sanitaire universelle à l'occasion du 52<sup>e</sup> Conseil directeur de l'OPS (2013), en chargeant le Bureau sanitaire panaméricain (BSP) de formuler une stratégie qui sera présentée au 53<sup>e</sup> Conseil directeur (2014). Cet engagement des États Membres s'exprime à travers le Plan stratégique de l'OPS 2014-2019, qui reconnaît la couverture sanitaire universelle comme un pilier articulatoire conjointement avec les déterminants sociaux de la santé (1).

20. La volonté politique et l'engagement des États Membres pour faire progresser l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle se manifestent en plus dans le processus à forte participation qui s'est traduit par la formulation de ce document de stratégie. Avec l'appui du BSP, les États Membres ont réalisé 31 consultations qui ont réuni plus de 1200 personnes de diverses institutions et de divers secteurs, ce qui a permis un débat de qualité comportant différentes perspectives d'analyse. Les rapports des consultations reflètent la richesse et la profondeur du débat qui s'est déroulé dans la Région, ainsi que l'engagement des divers secteurs à aborder des thèmes critiques pour la réalisation du meilleur état de santé pour la population des Amériques.

### **Analyse de la situation actuelle : défis pour les progrès vers l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle**

21. Des progrès importants ont été réalisés en matière de santé dans la Région grâce au développement économique et social des pays (le produit intérieur brut [PIB] par habitant a triplé entre 1980 et 2012), la consolidation et le renforcement des systèmes de santé, et la capacité d'incorporer et d'appliquer la technologie afin d'améliorer la santé. L'engagement politique des pays pour répondre aux besoins de santé de la population a été un facteur fondamental qui a contribué à concrétiser ces succès (1, 4).

22. En dépit des progrès et de la croissance économique, la pauvreté et les iniquités continuent à être un défi pour la Région, à l'intérieur des pays et entre eux. Des données récentes indiquent que l'Amérique latine et les Caraïbes demeurent une des régions les plus inéquitables au monde, 29 % de la population vivant au-dessous du seuil de pauvreté et 40 % de la population la plus pauvre recevant moins de 15 % du total des revenus. Ces iniquités se reflètent dans les résultats sur le plan de la santé ; par exemple, la Région des Amériques ne sera pas en mesure de concrétiser d'ici 2015 l'objectif du Millénaire pour le développement (OMD) lié à la diminution de la mortalité maternelle, et, malgré des réductions importantes de la mortalité infantile, il subsiste des différences très marquées entre les pays. Sans des actions spécifiques qui cherchent à améliorer les systèmes de santé, la croissance économique n'est pas suffisante pour réduire les iniquités (1,5).

23. L'approche pour réduire les iniquités en santé est rendue plus complexe par les profils épidémiologiques et démographiques émergents. La coexistence des maladies transmissibles, des maladies non transmissibles, de la violence (y compris la violence basée sur le genre), de l'augmentation de l'espérance de vie et de l'urbanisation exigent des réponses différentes et innovantes de la part des systèmes et services de santé. En 2012, il y avait plus de 100 millions de personnes âgées de plus de 60 ans dans la Région. On prévoit un doublement de ce chiffre d'ici 2020. On estime qu'entre 1999 et 2009, plus de 5,5 millions de personnes sont décédées en raison de causes externes (1, 5).

24. Dans le même temps, des problèmes d'exclusion et de manque d'accès à des services de qualité, appropriés sur le plan culturel et linguistique persistent pour de larges secteurs de la population.<sup>4</sup> Le manque d'universalité à l'accès et de couverture appropriée a un coût social considérable, avec des effets catastrophiques sur les groupes de population en situation de vulnérabilité. Des données probantes indiquent que, quand l'accès aux services est compromis, la mauvaise santé implique non seulement des dépenses plus importantes mais aussi une perte de revenu, ce qui engendre un cercle vicieux de maladie et de pauvreté chez les familles. Trente pour cent de la population de la Région ne peuvent avoir accès aux soins pour des raisons financières et 21 % sont dissuadés de rechercher des soins en raison des barrières géographiques. Les populations en situation de vulnérabilité, aux extrêmes de la vie, les femmes, les garçons et les filles, les minorités ethniques, les populations autochtones et d'ascendance africaine, les migrants, les patients souffrant de maladies chroniques ou invalidantes, entre autres, sont les groupes les plus frappés par ce problème (1, 5).

25. La segmentation et fragmentation observées dans la majorité des systèmes de santé de la Région se traduisent par des iniquités et des inefficiences qui compromettent l'accès universel, la qualité et le financement. La segmentation et fragmentation se perpétuent par le manque de capacité de régulation au sein des systèmes de santé, de même qu'en raison de la verticalité de certains programmes de santé publique et de leur manque d'intégration au niveau de la prestation des services (5).

26. Dans les pays de la Région, souvent les modèles de soins ne répondent pas de manière adéquate aux besoins différenciés de santé des personnes et des communautés.<sup>5</sup> Le modèle de soins prédominant dans certains pays est fondé sur les soins épisodiques de conditions aiguës dans des centres hospitaliers, souvent avec un usage excessif de technologies et de médecins spécialisés. Les investissements et les réformes des systèmes de santé n'ont pas toujours ciblé les nouveaux défis et n'ont pas réussi non plus à

---

<sup>4</sup> En 2010, 36 millions de personnes dans la Région n'avaient pas accès à l'eau potable appropriée pour la consommation humaine. Environ 120 millions manquaient de services améliorés d'élimination des eaux résiduelles et d'égouts, et près de 25 millions de personnes en Amérique latine et dans les Caraïbes défèquent à l'air libre.

<sup>5</sup> La *Politique d'égalité des sexes de l'OPS* reconnaît qu'il y a des différences entre hommes et femmes en ce qui concerne les besoins en matière de santé, l'accès et le contrôle des ressources, et que ces différences doivent être abordées dans le but de corriger le déséquilibre entre hommes et femmes.

incorporer adéquatement les nouvelles technologies et des innovations dans la gestion et la prestation des services.

27. La capacité de résolution<sup>6</sup> et l'articulation des services, en particulier ceux relatifs au premier niveau de soins, sont limitées et ne répondent pas aux besoins émergents en matière de santé, particulièrement par rapport aux besoins toujours plus grands d'une population vieillissante et l'augmentation de la charge des maladies non transmissibles dans toute la Région.

28. Des déséquilibres et des écarts profonds persistent dans la disponibilité, la distribution, la composition, la compétence et la productivité des ressources humaines en santé, qui s'accroissent au premier niveau de soins. Onze pays de la Région affrontent un déficit absolu de personnels de santé (moins de 25 médecins, infirmières et sages-femmes certifiées pour 10 000 habitants). Même dans les pays qui ont dépassé ce seuil, de nombreuses zones métropolitaines et districts sanitaires sont au-dessous de ce seuil, ce qui donne lieu à des problèmes sérieux pour l'accès à des services de santé globaux.

29. L'accès et l'usage rationnel de médicaments et autres technologies sanitaires sûres, efficaces et de qualité, ainsi que le respect de la médecine traditionnelle continuent à constituer un défi pour la majorité des pays de la Région, ce qui affecte la qualité des soins. Les problèmes d'approvisionnement, la sous-utilisation des médicaments génériques de qualité, des systèmes de régulation faibles, des systèmes inappropriés de gestion des achats et des approvisionnements, les impôts sur les médicaments, le paiement des médicaments à des prix supérieurs aux prix prévus et l'usage inapproprié et inefficace des médicaments et autres technologies sanitaires représentent des défis supplémentaires pour atteindre les objectifs de la couverture sanitaire et de l'accès universels (1,5). Même si la capacité de régulation des médicaments et des technologies sanitaires s'améliore dans toute la Région, elle demeure un défi, en particulier, en ce qui concerne les nouvelles technologies de santé plus complexes.

30. Le manque de financement approprié et l'inefficacité de l'usage des ressources disponibles représentent des défis importants pour les progrès vers l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle. Alors que la moyenne des dépenses publiques par rapport au PIB des pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) atteint 8 % du PIB en 2011, les dépenses publiques en santé dans les pays d'Amérique latine et des Caraïbes par rapport au PIB atteignent à peine 3,8 %. Souvent, on tente de résoudre le manque persistant de ressources financières pour le secteur de la santé à travers l'usage du paiement direct au moment de la prestation des services. Ce type de stratégies financières crée des obstacles pour accéder aux services et a des conséquences négatives sur les résultats de santé pour les personnes et les communautés. De plus, il augmente le risque que les personnes aient à subir des dépenses

---

<sup>6</sup> La « capacité de résolution » se définit dans ce contexte comme la capacité des services de santé à prodiguer des soins de santé qui s'adaptent aux besoins et aux exigences des personnes, conformément aux connaissances scientifiques et technologiques actuelles qui donnent comme résultat une amélioration de l'état de santé.

catastrophiques pour accéder aux services de santé, ce qui, à son tour, peut conduire à l'appauvrissement (10).

31. De nombreux pays de la Région ont des dispositions dans la Constitution et/ou sont signataires d'instruments internationaux relatifs au droit de toute personne à posséder le meilleur état de santé possible. Toutefois, des efforts supplémentaires sont nécessaires pour le renforcement et le développement de politiques, plans et stratégies au niveau national, qui permettent de progresser vers l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle.<sup>7</sup>

32. Pour les autorités sanitaires, la possibilité d'établir une coordination efficace avec d'autres secteurs et de générer une capacité de leadership pour la mise en œuvre réussie d'initiatives intersectorielles qui abordent les déterminants sociaux de la santé reste un défi.<sup>8</sup> Certaines des expériences les plus réussies de la transformation des systèmes de santé vers l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle ont été soutenues par un débat et un dialogue ouverts auxquels toute la société participe (14).<sup>9</sup>

33. Ce qui précède détermine le niveau d'urgence pour la majorité des pays concernant le renforcement de leurs systèmes de santé, y compris, depuis la perspective du droit à la santé, là où le droit à la jouissance du plus haut niveau possible de santé qui puisse être atteint et sa promotion sont reconnus dans tout le pays, ayant comme objectifs fondamentaux l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle. Il faut que des actions stratégiques et intégrées soient mises en œuvre de manière progressive et soutenue. De plus, à mesure que les processus démocratiques se consolident dans la Région, l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle se transforment en une exigence sociale toujours plus importante et plus structurée (1).

### **Stratégie pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle**

34. Reconnaissant qu'il existe de nombreuses manières de réaliser l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle, et que chaque pays devra définir son plan d'action en tenant compte de son contexte social, économique, politique, juridique, historique et culturel, ainsi que de ses priorités et défis actuels et futurs en santé, les lignes stratégiques proposées devront être utilisées par les États Membres, en collaboration avec le BSP et d'autres partenaires, pour guider selon le cas, le

---

<sup>7</sup> Certains pays de la Région ont réalisé des progrès vers l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle sans avoir procédé à des changements constitutionnels ; toutefois, leurs politiques, plans et législations ont défini clairement l'engagement en faveur de l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle.

<sup>8</sup> Ce problème est aggravé dans les pays dans lesquels le financement du système de santé et d'autres secteurs du domaine social dépend de la coopération internationale : dans ces situations, la coordination efficace de l'aide extérieure par les autorités nationales de santé est indispensable pour progresser vers la couverture sanitaire universelle.

<sup>9</sup> Il convient de mettre en avant des outils qui facilitent la participation effective de la population à la formulation et l'exécution de politiques de santé tels que des conseils, conférences, forums de santé et autres solutions collégiales.

renforcement de leurs systèmes de santé vers l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle. Il est nécessaire de signaler que tous les éléments des lignes d'action proposées sont assujettis au contexte national et sont applicables au niveau national selon le cas.

**Ligne stratégique 1 : élargir l'accès équitable à des services de santé globaux, de qualité, axés sur les personnes et les communautés.**

35. Renforcer ou transformer l'organisation et la gestion des services de santé à l'aide du développement de modèles de soins centrés sur les besoins des personnes et des communautés, de l'augmentation de la capacité d'intervention du premier niveau, articulée autour de réseaux intégrés de services de santé (RISS) et fondée sur la stratégie des soins de santé primaires (18). Il est fondamental d'identifier les iniquités en santé entre les groupes de population à travers l'analyse approfondie de la situation de la santé et des enquêtes et recherches spécifiques, ainsi que d'approfondir ses déterminants. Pour cela, il faut des systèmes solides d'information, comme indiqué dans la ligne stratégique 2.

36. Progresser dans la définition des services de santé globaux, de qualité, universels et d'élargissement progressif,<sup>10</sup> conformément aux besoins et aux priorités de santé, à la capacité du système et au contexte national. Ces services de santé globaux et de qualité sont importants dans le but de promouvoir le droit à la santé là où il soit reconnu dans tout le pays et le droit à la jouissance du plus haut niveau possible de santé qui puisse être atteint. Par conséquent, ces services doivent être étendus à toutes les personnes, sans différences de qualité, sans tenir compte de leur condition économique et sociale. De plus, la définition de ces services doit tenir compte des besoins différenciés et non satisfaits de toutes les personnes, ainsi que des besoins spécifiques des groupes en situation de vulnérabilité.

37. Augmenter l'investissement dans le premier niveau de soins, selon le cas, afin d'améliorer la capacité de résolution, d'accroître l'accès et d'élargir progressivement l'offre de services pour couvrir de façon opportune les besoins de santé non satisfaits en conformité avec les services qui doivent être accessibles à tous pour atteindre l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle.

38. Élargir les options d'emploi, en particulier au premier niveau de soins, avec des mesures incitatives et des conditions de travail attrayantes, en particulier dans les zones mal desservies. Structurer ou consolider des équipes multi-professionnelles collaboratives de santé et renforcer la capacité de résolution appropriée avec l'accès à l'information en

---

<sup>10</sup> La conception de services de santé globaux de qualité doit comporter l'évaluation de technologies de la santé selon les besoins. Il faut des mécanismes de participation sociale et la transparence dans les différentes phases du processus et l'accompagnement de guides de pratiques d'assistance en réseau, qui permettent de diminuer la variabilité, la désintégration de la pratique clinique et le manque de cohérence entre besoins, décisions et investissement, assurant ainsi la qualité technique, l'efficacité et la continuité des soins.

santé et à des services de télésanté (dont la télémédecine). Renforcer les profils professionnels et techniques des ressources humaines en santé et/ou introduire de nouveaux profils, en conformité avec la transformation ou le renforcement du modèle de soins qui sera mis en œuvre pour atteindre l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle (19-21).

39. Les médicaments essentiels et les technologies de santé sont une partie fondamentale de l'accès universel à la santé. Il est important de définir les processus qui améliorent la disponibilité et l'usage rationnel des médicaments (y compris les vaccins), ainsi que d'autres technologies sanitaires, de manière systématique et progressive, en plus du développement de la capacité de régulation et d'évaluation pour assurer que les médicaments soient sûrs, efficaces et de qualité.

40. Faciliter l'habilitation des personnes et des communautés de façon à ce qu'elles connaissent mieux leur situation de santé, leurs droits et leurs obligations, pour une prise de décision éclairée, conformément à leur contexte, à travers l'exécution de mécanismes formels de participation et de programmes de promotion, prévention et éducation relatifs à la santé. La participation des personnes et des communautés peut renforcer des processus solides de formulation de politiques relatives à l'accès universel à la santé et à la couverture sanitaire universelle.

41. Il est important de reconnaître l'importance particulière de la contribution et la valeur de la prestation de soins à domicile à des personnes malades, handicapées ou âgées qui ne sont pas autonomes, principalement assurée par des femmes sans rémunération. Cette situation est aggravée par le vieillissement de la population dans la Région et la prévalence croissante de maladies chroniques et dégénératives. Cette stratégie identifie le besoin d'évaluer et de mesurer le travail non rémunéré de prestation de soins de santé à domicile à l'aide d'une approche multisectorielle qui approfondira la réponse aux besoins spécifiques de santé. Cette stratégie ne peut ignorer la contribution et la valeur du travail non rémunéré dans les soins de la santé (22).

## **Ligne stratégique 2 : renforcer la fonction de direction et la gouvernance.**

42. Renforcer la capacité de la fonction de direction des autorités nationales garantissant les fonctions essentielles de santé publique et améliorant la gouvernance pour atteindre l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle.

43. Renforcer la capacité de leadership des autorités sanitaires à l'aide de l'établissement de nouveaux mécanismes ou en utilisant les mécanismes existants, le cas échéant, pour la participation sociale et le dialogue avec les autorités responsables de la santé et d'autres secteurs concernés du gouvernement afin de promouvoir la formulation et la mise en œuvre de politiques inclusives et de garantir la responsabilité et la transparence sur la voie vers l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle. Afin de promouvoir l'équité et le bien commun, le dialogue et la participation sociale dans le processus de formulation des politiques devront garantir que

tous les groupes soient représentés et que les intérêts particuliers ne l'emportent pas sur les intérêts de la santé publique.

44. Formuler des politiques et des plans dans lesquels se manifeste de manière claire et explicite la volonté de l'État de renforcer ou de transformer son système de santé, le cas échéant, dans le but de progresser vers l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle. Ces plans devraient inclure des objectifs définis qui sont suivis et évalués. Instituer des mécanismes pour la participation de la société aux activités de suivi et d'évaluation, en favorisant la transparence. De même, il faudra instituer des mécanismes pour le renforcement des capacités de suivi.

45. Le cadre juridique et régulateur doit refléter l'engagement national de chaque État Membre en faveur de l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle, selon le cas. Il doit établir les mesures et les ressources nécessaires pour réaliser cet engagement. Cela requiert une adaptation du cadre juridique et régulateur conformément aux instruments internationaux relatifs aux droits, y compris les droits de l'homme, et autres instruments liés à la santé applicables.

46. La prise de décisions concernant les services de santé globaux, appropriés, opportuns et de qualité qui doivent être universels et être déployés progressivement, doit se fonder sur des données probantes tout en tenant compte de la perspective éthique, culturelle et de genre, conformément au contexte national.

47. Renforcer et développer la régulation et les entités, comme des instruments et des mécanismes efficaces pour promouvoir l'accès et la qualité des services de santé ; la formation, la distribution et la performance adéquate des ressources humaines ; la mobilisation et l'allocation de ressources financières afin de promouvoir l'équité et l'accès, et d'offrir une protection contre les difficultés financières ; la qualité et l'usage des technologies sanitaires au bénéfice des personnes ; et la participation de tous les secteurs aux progrès vers l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle (23).

48. Renforcer les systèmes nationaux d'information afin d'assurer le suivi et évaluer les progrès vers l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle, y compris la mesure des résultats de santé, des services de santé globaux, ainsi que des iniquités et des déterminants sociaux de la santé. Il est nécessaire de garantir la qualité et l'intégralité de données qui soient opportunes et fiables, ce qui comprend l'interopérabilité avec d'autres instances, ainsi que le développement d'indicateurs permettant le suivi et l'évaluation de la situation de santé, de l'équité et des déterminants sociaux de la santé. Les données doivent être désagrégées afin de faciliter le suivi des progrès vers l'équité. L'analyse de l'information doit être utilisée pour le développement et l'orientation des politiques et des plans pour progresser vers l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle.

49. L'élaboration d'un programme de recherche financé adéquatement, et une meilleure gestion des connaissances sont des éléments essentiels pour aborder les déterminants sociaux de la santé, afin de garantir l'accès à des services de qualité, l'incorporation de la technologie et l'évaluation de l'efficacité des actions et programmes mis en œuvre (24).

**Ligne stratégique 3 : augmenter et améliorer le financement, avec équité et efficience, et progresser vers l'élimination du paiement direct qui devient un obstacle à l'accès au moment de la prestation des services.**

50. Améliorer et renforcer l'efficience du financement et l'organisation du système de santé.<sup>11</sup> L'efficience dans l'organisation des services implique, entre autres, d'exécuter des modèles de soins axés sur les personnes et les communautés et la prestation de services de qualité, d'aligner les mécanismes de paiement sur les objectifs du système, de rationaliser l'introduction et l'usage de médicaments et autres technologies sanitaires avec une approche intégrée et multidisciplinaire,<sup>12</sup> fondée sur des données probantes, d'améliorer les mécanismes d'approvisionnement en dispositifs médicaux, médicaments et autres technologies sanitaires, d'optimiser la gestion de l'approvisionnement, de profiter des économies d'échelle, d'adopter des processus transparents pour les achats et de lutter contre la corruption. (10).

51. Augmenter et optimiser le financement public de la santé, selon le cas, d'une manière efficiente, durable et fiscalement responsable pour élargir l'accès, réduire les iniquités en santé, augmenter la protection financière et mettre en œuvre des interventions efficaces. Une allocation efficiente des dépenses publiques destinées à la santé<sup>13</sup> est une condition nécessaire pour réduire les iniquités dans le cadre de l'accès universel à la santé. Reconnaisant les particularités des pays, une allocation appropriée des ressources doit viser à augmenter l'équité en s'adressant de forme prioritaire au premier niveau de soins, afin d'améliorer leur capacité de résolution et leur capacité d'articulation des réseaux de services. Des dépenses publiques destinées à la santé de 6 % du PIB sont une référence utile dans la majorité des cas et une condition nécessaire – quoique non suffisante – pour réduire les iniquités et augmenter la protection financière dans le cadre de l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle (10).

---

<sup>11</sup> Selon le *Rapport sur la santé dans le monde 2010* de l'OMS, les pertes d'efficience sont la cause de 30 % à 40 % des dépenses totales de santé. Par conséquent, il est impératif sur le plan éthique d'assurer que les ressources financières pour la couverture sanitaire universelle soient dépensées d'une façon adéquate et transparente, ce qui permet d'offrir davantage de services de meilleure qualité à toute la population et en particulier aux groupes en situation de vulnérabilité.

<sup>12</sup> Assurer qu'ils répondent aux besoins de la population, qu'ils soient compatibles avec le modèle de soins et qu'ils s'inscrivent dans la prestation de services globaux de qualité.

<sup>13</sup> Cette augmentation des dépenses publiques devrait commencer par l'amélioration de collecte de recettes fiscales (pour diminuer la fraude et lutter contre l'évasion fiscale) ; ensuite, et si l'on considère que la Région connaît une pression fiscale relativement faible, il faut évaluer l'introduction de sources de financement innovantes étant donné la faible priorité fiscale actuellement accordée à la santé.

52. Progresser vers l'élimination du paiement direct, entendu comme les coûts à la charge des individus par les services de soins de santé qu'ils reçoivent, qui se transforme en obstacle à l'accès au moment de la prestation des services évitera l'appauvrissement et l'exposition à des dépenses catastrophiques. L'augmentation de la protection financière va diminuer les iniquités dans l'accès aux services de santé. Le remplacement du paiement direct en tant que mécanisme financier doit être planifié et mis en œuvre graduellement. Progresser vers des mécanismes de mise en commun<sup>14</sup> solidaires qui tiennent compte, conformément au contexte national, des diverses sources de financement telles que des contributions à la sécurité sociale, les impôts et les recettes fiscales, peut être une stratégie efficace pour remplacer le paiement direct comme mécanisme de financement et augmenter l'équité et l'efficacité du système de santé. (10)

**Ligne stratégique 4 : renforcer la coordination multisectorielle pour aborder les déterminants sociaux de la santé.**

53. Établir ou renforcer les mécanismes intersectoriels de coordination et la capacité des autorités nationales de santé pour mettre en œuvre avec succès les politiques publiques<sup>15</sup> et promouvoir des législations, régulations et actions au-delà du secteur de la santé qui abordent les déterminants sociaux de la santé (13).

54. Évaluer les politiques, plans, programmes et projets de développement, y compris ceux d'autres secteurs, au niveau national, qui ont un impact sur la santé des personnes et des communautés, ce qui génèrera des données probantes pour appuyer la coordination vers l'action multisectorielle avec la société civile et la participation sociale en vue de l'accès universel.

55. Renforcer le leadership des autorités nationales de santé dans la définition des composantes liées à la santé des politiques publiques de protection sociale et les programmes sociaux, dont les programmes de transfert conditionnel d'argent, selon le cas ; partager les bonnes pratiques et les expériences en santé liées aux programmes de lutte contre la pauvreté et pour l'augmentation de l'équité, mises en œuvre par les gouvernements et les institutions de la Région.<sup>16</sup>

56. Renforcer l'articulation entre santé et communauté, grâce à la promotion de la participation active des municipalités et d'organisations sociales aux améliorations des conditions de vie et au développement de milieux de vie, de travail et de jeu sains. Faciliter l'habilitation des personnes et des communautés grâce à la formation et la

---

<sup>14</sup> La mise en commun permet de lutter contre la segmentation en diminuant les coûts des transactions et en augmentant l'efficacité du système de santé.

<sup>15</sup> En ce qui concerne les questions essentielles pour la santé, telles que l'éducation, l'habitat, l'eau et l'assainissement, le logement, la croissance urbaine, les migrations, le marché du travail informel, entre autres. Des exemples de mécanismes intersectoriels sont les comités nationaux de lutte contre l'infection par le VIH, la tuberculose et le paludisme, les comités nationaux de lutte contre l'obésité, etc.

<sup>16</sup> Par le biais de mécanismes établis tels que le Dialogue interaméricain de protection sociale et autres initiatives régionales et infrarégionales, pour compléter les synergies entre programmes sociaux et programmes de santé (réseau de protection sociale).

participation active et l'accès à l'information des membres de la communauté, pour leur permettre d'assumer un rôle actif dans la formulation des politiques, dans les actions pour aborder les déterminants sociaux de la santé et dans la promotion et protection de la santé.

### **Mesures à prendre par le Conseil directeur**

57. Le Conseil directeur est prié d'envisager d'adopter la *Stratégie pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle* et d'adopter la résolution faisant l'objet de l'annexe A.

Annexes

### **Références**

1. Organisation panaméricaine de la Santé. Plan stratégique de l'Organisation panaméricaine de la Santé 2014-2019 [Internet]. 52<sup>e</sup> Conseil directeur de l'OPS, 65<sup>e</sup> session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 30 septembre au 4 octobre 2013 ; Washington (DC), États-Unis. Washington (DC) : OPS ; 2013 (Document officiel 345) [consulté le 14 avril 2014]. Disponible sur : [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=23123&Itemid=270&lang=fr](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=23123&Itemid=270&lang=fr).
2. Organisation mondiale de la Santé. Rapport sur la santé dans le monde 2008 : Les soins de santé primaires – maintenant plus que jamais [Internet]. Genève : OMS ; 2008 [consulté le 14 avril 2014]. Disponible sur : [http://www.who.int/whr/2008/08\\_report\\_fr.pdf](http://www.who.int/whr/2008/08_report_fr.pdf).
3. Evans D, Hsu J, Boerma T. Couverture sanitaire universelle et accès universel (Éditorial). [Internet]. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé* 2013, 91:546-546<sup>a</sup> [consulté le 13 août 2014]. Disponible sur : <http://www.who.int/bulletin/volumes/91/8/13-125450/fr/>.
4. Organisation mondiale de la Santé. Déclaration d'Alma-Ata [Internet]. Conférence internationale sur les soins de santé primaires ; du 6 au 12 septembre 1978 ; Alma-Ata, URSS (actuellement Almaty, Kazakhstan). Genève : OMS ; 1978 [consulté le 14 avril 2014]. Disponible sur : [http://www.who.int/topics/primary\\_health\\_care/alma\\_ata\\_declaration/fr/](http://www.who.int/topics/primary_health_care/alma_ata_declaration/fr/).
5. Organisation panaméricaine de la Santé. Salud en las Américas, edición del 2012. Panorama regional y perfiles de país [Internet]. Washington (DC) : OPS ; 2012 [consulté le 14 avril 2014]. Disponible en espagnol sur :

[http://www.paho.org/saludenlasamericas/index.php?option=com\\_content&view=article&id=7&Itemid=3&lang=es](http://www.paho.org/saludenlasamericas/index.php?option=com_content&view=article&id=7&Itemid=3&lang=es).

6. Organisation panaméricaine de la Santé. Renovación de la atención primaria de salud en las Américas: documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) [Internet]. Washington (DC) : OPS ; 2007 [consulté le 14 avril 2014]. Disponible en espagnol sur : [http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Renovacion\\_Atencion Primaria Salud\\_Americas-OPS.pdf](http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Renovacion_Atencion Primaria Salud_Americas-OPS.pdf).
7. Organisation mondiale de la Santé. Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé. Dans : Documents fondamentaux [Internet]. Genève : OMS, 2006 [consulté le 13 août 2014]. Disponible sur : <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/FR/constitution-fr.pdf>.
8. Jamison DT, Summers LH, et al. Global Health 2035: report of the Lancet Commission on Investing in Health [Internet]. The *Lancet* 2014 (présentation sur le rapport de la *Lancet Commission on Investing in Health* dans le cadre de la série de conférences de l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID). [consulté le 29 août 2014]. Disponible en anglais sur : <http://www.dcp-3.org/resources/global-health-2035-report-lancet-commission-investing-health>.
9. Bird CE, Rieker PP. Gender and health : the effects of constrained choices and social policies. Cambridge University Press ; New York ; 2008.
10. Organisation mondiale de la Santé. Rapport sur la santé dans le monde : le financement des systèmes de santé : le chemin vers une couverture universelle [Internet]. Genève : OMS ; 2011 [consulté le 14 avril 2014]. Disponible sur : <http://www.who.int/whr/2010/fr/>.
11. Banque mondiale. Rapport sur le développement dans le monde 1993: investir dans la santé [Internet]. Washington (DC) : Banque Mondiale ; 1993 [consulté le 14 avril 2014]. Disponible sur : <http://documents.banquemondiale.org/curated/fr/1993/07/12711564/world-development-report-1993-investing-health-rapport-sur-le-developpement-dans-le-monde-1993-investir-dans-la-sante>.
12. Engström, Hillevi, Pe Thet Kin, et al. Reinvesting in health post-2015 [Internet]. *The Lancet* (382) 9908, décembre 2013, pages 1861-1864 ; [consulté le 14 avril 2014]. Disponible sur : <http://www.sciencedirect.com/science/journal/01406736>.
13. Organisation mondiale de la Santé. Déclaration politique de Río sur les déterminants sociaux de la santé [Internet]. Conférence mondiale sur les déterminants sociaux de la santé ; du 19 au 21 octobre 2011 ; Rio de Janeiro, Brésil. Genève: OMS ; 2011 [consulté le 14 avril 2014]. Disponible sur :

[http://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio\\_political\\_declaration\\_French.pdf](http://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration_French.pdf).

14. Nations Unies. L'avenir que nous voulons [Internet]. Río+20 : Conférence des Nations Unies sur le développement durable ; du 20 au 22 juin 2012 ; Río de Janeiro, Brésil. New York : UN ; 2012 (document A/CONF.216/L.1) [consulté le 14 avril 2014] Disponible sur : [https://rio20.un.org/sites/rio20.un.org/files/a-conf.216-l-1\\_french.pdf.pdf](https://rio20.un.org/sites/rio20.un.org/files/a-conf.216-l-1_french.pdf.pdf).
15. Global Health Workforce Alliance (GHWA). High-level dialogue on health in the post-2015 development agenda. Gaborone, Botswana ; du 5 au 6 mars 2013. [Internet] [consulté le 14 avril 2014]. Disponible en anglais sur : [http://www.who.int/workforcealliance/UHC\\_HRH\\_GHWA\\_Briefing\\_Note\\_\(B\).pdf](http://www.who.int/workforcealliance/UHC_HRH_GHWA_Briefing_Note_(B).pdf).
16. Rovira J, Rodríguez-Monguió R, Antoñanzas F [Centro de Estudios en Economía de la Salud y de la Política Social] Conjuntos de prestaciones de salud: objetivos, diseño y aplicación [Internet]. Washington (DC) : OPS ; 2003 [consulté le 14 avril 2014]. Disponible en espagnol sur : <http://www.paho.org/hq/documents/conjuntosdeprestacionesdesaludobjetivosdisenoyaplicacion-ES.pdf>.
17. Center for Global Development. Priority-setting in health: building institutions for smarter public spending. [Internet]. Washington (DC) : CGD ; 2012 [consulté le 14 avril 2014]. Disponible en anglais sur : <http://www.cgdev.org/publication/priority-setting-health-building-institutions-smarter-public-spending>.
18. Organisation panaméricaine de la Santé. Redes integradas de servicios de salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas [Internet]. Washington (DC) : OPS ; 2010 (série : La renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas, No.4) [consulté le 14 avril 2014]. Disponible en espagnol sur : [http://www.paho.org/uru/index2.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=145&Itemid=250](http://www.paho.org/uru/index2.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=145&Itemid=250).
19. Organisation panaméricaine de la Santé. La acreditación de programas de formación en medicina y la orientación hacia la APS [Internet]. Washington (DC) : OPS ; 2010 (série : La renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas, No.4) [consulté le 14 avril 2014]. Disponible en espagnol sur : <http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2010/HSS-Series-APS-3-Acreditacion.pdf>.
20. Organisation panaméricaine de la Santé. La formación en medicina orientada hacia la atención primaria de salud [Internet]. Washington (DC) : OPS ; 2010 (série : La renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas, No.4) [consulté le 14 avril 2014]. Disponible en espagnol sur :

[http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2010/APS-Formacion\\_Medicina\\_Orientada\\_APS.pdf](http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2010/APS-Formacion_Medicina_Orientada_APS.pdf).

21. Organisation panaméricaine de la Santé. Cibles régionales en matière de ressources humaines en santé 2007-2015 [Internet]. 27<sup>e</sup> Conférence sanitaire panaméricaine, 59<sup>e</sup> session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 1 au 5 octobre 2007 ; Washington (DC), États-Unis. Washington (DC) : OPS ; 2009 (résolution CSP27.R7) [consulté le 14 avril 2014]. Disponible sur : <http://www1.paho.org/french/gov/csp/csp27.r7-f.pdf>.
22. Organisation panaméricaine de la Santé. La economía invisible y las desigualdades de género: La importancia de medir y valorar el trabajo no remunerado [Internet]. Washington (DC) : OPS ; 2008 [consulté le 22 août 2014]. Disponible en espagnol sur : <http://mueveteporlaigualdad.org/publicaciones/economiainvisibleydesigualdadesdegenero CEPAL.pdf>.
23. Organisation panaméricaine de la Santé. Función rectora de la autoridad sanitaria, marco conceptual e instrumento metodológico [Internet]. Washington (DC) : OPS ; 2007. [consulté le 14 avril 2014]. Disponible en espagnol sur : [http://www.paho.org/PAHO-USAID/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=10377&Itemid=99999999](http://www.paho.org/PAHO-USAID/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=10377&Itemid=99999999).
24. Organisation mondiale de la Santé. Rapport sur la santé dans le monde 2013 : La recherche pour la couverture sanitaire universelle. [Internet]. Genève : OMS ; 2013 [consulté le 14 avril 2014]. Disponible sur : <http://www.who.int/whr/fr/>.
25. Nations Unies. Déclaration du Millénaire [Internet]. Cinquante-cinquième session de l'Assemblée générale des Nations Unies ; 13 septembre 2000 ; New York, États-Unis. New York : ONU ; 2000 (document A/RES/55/2) [consulté le 14 avril 2014]. Disponible sur : [http://www.un.org/fr/documents/view\\_doc.asp?symbol=A/RES/55/2](http://www.un.org/fr/documents/view_doc.asp?symbol=A/RES/55/2).
26. Etienne C. Equidad en los sistemas de salud [Internet]. *Revista Panamericana de Salud Pública* 2013 ; 33(2):81-82. Washington (DC) ; OPS ; 2013 [consulté le 14 avril 2014]. Disponible en espagnol sur : [http://www.paho.org/journal/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=551&Itemid=](http://www.paho.org/journal/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=551&Itemid=).
27. Evans DB, Etienne C. Le financement des systèmes de santé et la voie vers la couverture universelle [Internet]. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé* 2010; 88(6):402. DOI: 10.2471/BLT.078741 [consulté le 7 avril 2014]. Disponible sur : <http://www.who.int/bulletin/volumes/88/6/10-078741/en/index.html>.

28. Sachs JD. Achieving universal health coverage in low-income settings [Internet]. *The Lancet* 2012 Sep 8;380(9845):944-7. doi: 10.1016/S0140-6736(12)61149-0 [consulté le 14 avril 2012]. Disponible en anglais sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22959391>.



Organisation  
panaméricaine  
de la Santé



Organisation  
mondiale de la Santé  
BUREAU RÉGIONAL DES  
Amériques

## 53<sup>e</sup> CONSEIL DIRECTEUR

### 66<sup>e</sup> SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL DE L'OMS POUR LES AMÉRIQUES

Washington, D.C., ÉUA, du 29 septembre au 3 octobre 2014

---

CD53/5, Rév.2  
Annexe A  
Original : espagnol

#### **PROJET DE RÉOLUTION**

#### **STRATÉGIE POUR L'ACCÈS UNIVERSEL À LA SANTÉ ET LA COUVERTURE SANITAIRE UNIVERSELLE**

##### **LE 53<sup>e</sup> CONSEIL DIRECTEUR,**

Ayant considéré la *Stratégie pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle* présentée par la Directrice (document CD53/5, Rév. 2) ;

Gardant à l'esprit que la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé établit comme l'un de ses principes de base que « la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre est l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale » ;

Conscient que l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle impliquent que toutes les personnes et les communautés aient accès sans discrimination d'aucune sorte, à des services de santé globaux, adéquats, opportuns, de qualité, déterminés au niveau national conformément aux besoins, ainsi qu'à des médicaments de qualité, sûrs, efficaces et abordables tout en assurant que l'utilisation de ces services n'expose pas les usagers à des difficultés financières, en particulier les groupes en situation de vulnérabilité ;

Reconnaissant que les politiques et les interventions qui traitent les déterminants sociaux de la santé et favorisent l'engagement de la société dans son ensemble pour promouvoir la santé et le bien-être, en mettant l'accent sur les groupes en situation de pauvreté et de vulnérabilité, sont une condition essentielle pour progresser vers l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle ;

---

Reconnaissant que l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle s'inscrivent dans les valeurs et les principes de soins de santé primaires dans l'esprit d'Alma-Ata ;

Observant que les pays de la Région ont réaffirmé leur engagement à la couverture sanitaire universelle à l'occasion du 52<sup>e</sup> Conseil directeur de l'OPS (2013) en approuvant le Plan stratégique de l'OPS 2014-2019, et à travers leur participation active à d'autres forums internationaux tels que la Déclaration politique de Rio sur les déterminants sociaux de la santé de 2011, la Conférence des Nations Unies sur le développement durable (Rio+20) de 2012, la résolution A/RES/67/81 de l'Assemblée générale des Nations Unies (2012), la Déclaration de Panama pour la réduction des iniquités en santé génésique, maternelle et infantile (2013) et la résolution de l'Assemblée mondiale de la Santé WHA67.14 (2014) sur *La santé dans le programme de développement pour l'après-2015* ; et notant que le débat s'oriente actuellement vers la garantie de vies plus saines et la promotion du bien-être comme des objectifs clé ;

Notant les récentes améliorations apportées dans la santé dans l'ensemble des Amériques en raison en partie du développement économique et social des pays, de la consolidation des processus démocratiques, du renforcement des systèmes de santé, et de l'engagement politique des pays à aborder les besoins de santé de leurs populations ;

Reconnaissant que malgré les progrès réalisés, de nombreux défis existent ; que la Région demeure une des plus inéquitables du monde, que le processus de réduction des iniquités en santé est rendu plus complexe par les nouveaux schémas épidémiologiques et démographiques qui exigent des réponses différentes et novatrices des systèmes et des services de santé ; et que les problèmes d'exclusion et du manque d'accès à des services de qualité persistent pour de larges secteurs de la population dans la Région, en particulier les groupes en situation de grande vulnérabilité ;

Observant que les efforts pour renforcer et transformer les systèmes de santé dans les pays de la Région ont apporté des connaissances et une expérience considérables qui faciliteront le progrès continu sur la voie de l'accès universel à la santé et de la couverture sanitaire universelle ;

Reconnaissant que les progrès sur la voie de l'accès universel à la santé et de la couverture sanitaire universelle exigent des efforts pour surmonter l'exclusion, l'iniquité et les obstacles à l'accès à des services de santé globaux et à leur usage opportun ;

Reconnaissant l'importance de privilégier le renforcement des systèmes de santé et l'adoption de politiques intégrées et globales pour aborder les déterminants sociaux et les iniquités en santé, en tenant comme objectifs fondamentaux l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle ;

Considérant que la majorité des pays ont une nécessité urgente de renforcer leurs systèmes sanitaires, y compris depuis la perspective du droit à la santé, dans ces pays où

le droit à la santé est reconnu nationalement, et de promouvoir le droit à jouir du plus haut niveau de santé possible, ayant comme objectifs essentiels l'accès universel à la santé et la couverture universelle de santé ; considérant qu'il est nécessaire de prendre de mesures stratégiques et intégrales d'une manière progressive et soutenue ; et considérant également que, à mesure que les processus démocratiques se consolident dans la Région, l'accès universel à la santé et la couverture universelle deviennent une exigence sociale de plus en plus pressante et structurée. ;

Observant que dans la stratégie s'articulent les conditions qui permettront aux pays d'orienter et d'évaluer leurs politiques et de mesurer le progrès vers l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle ;

Reconnaissant que chaque pays détient la capacité de définir son plan d'action, en tenant compte de son contexte social, économique, politique, juridique, historique et culturel, ainsi que les défis actuels et futurs en matière de santé ;

Reconnaissant le processus participatif mis en œuvre pour le développement de la stratégie, y compris les consultations menées par les États Membres en coordination avec le Bureau sanitaire panaméricain, qui ont permis un débat de qualité comportant différentes perspectives d'analyse, ainsi que les contributions apportées par le Groupe de travail des États Membres,<sup>1</sup>

### ***DÉCIDE :***

1. D'approuver la *Stratégie pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle*.
2. De demander instamment aux États Membres, comme il convient dans leur contexte et leurs priorités nationales :
  - a) de formuler des mécanismes formels pour la participation et le dialogue afin de promouvoir le développement et la mise en œuvre de politiques inclusives et de garantir la responsabilité des actions sur la voie des objectifs de l'accès universel à la santé et de couverture sanitaire universelle ;
  - b) d'établir des buts et des objectifs nationaux et de définir leurs plans d'action pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle ; et d'établir les priorités nationales pour la période 2014-2019, en conformité avec les engagements établis dans le *Plan stratégique de l'OPS 2014-2019* et le douzième programme général de travail de l'OMS (2014-2019) ;

---

<sup>1</sup> Le Groupe de travail des États Membres a été constitué suite à la décision du Comité exécutif lors de sa 154<sup>e</sup> session, qui a eu lieu du 16 au 20 juin 2014 ; et ses participants étaient les représentants techniques des pays qui faisaient partie du Comité exécutif en 2014 et des pays qui y ont participé en tant qu'observateurs.

- c) de définir et de mettre en œuvre une série d'actions destinées à renforcer la gouvernance et la capacité de gestion du secteur de la santé, de faire preuve de leadership pour influencer les politiques, les plans, la législation, les réglementations et les actions au-delà du secteur de la santé qui traitent les déterminants sociaux de la santé ;
- d) de progresser afin de fournir l'accès universel à des services de santé globaux de qualité et dont l'élargissement sera progressif, qui soient cohérents avec les besoins en santé, les capacités du système et le contexte national ; d'identifier les besoins non satisfaits et différenciés de la population ainsi que les besoins spécifiques des groupes en situation de vulnérabilité ;
- e) de définir et de mettre en œuvre des actions destinées à améliorer l'organisation et la gestion des services de santé à l'aide du développement de modèles de soins de santé axés sur les besoins des personnes et des communautés, en augmentant la capacité de réponse au premier niveau de soins, à travers des réseaux intégrés de services de santé ;
- f) d'améliorer la capacité des ressources humaines au premier niveau de soins, en augmentant les opportunités d'emploi avec des conditions de travail et des incitations attrayantes, en particulier dans les zones mal desservies ; de consolider des équipes multidisciplinaires de santé de collaboration, de garantir que ces équipes aient accès à l'information en santé et aux services de télésanté (y compris la télé médecine) ; et d'introduire de nouveaux profils professionnels et techniques et de renforcer ceux existant, en fonction du modèle de services de soins qui sera mis en œuvre afin d'atteindre l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle ;
- g) d'accroître l'efficience et le financement public en santé, selon le cas, en tenant compte que dans la majorité des cas, des dépenses publiques en santé de l'ordre de 6 % du PIB sont un point de repère utile et que ces ressources devraient être affectées, selon le cas, sur une base prioritaire au premier niveau de soins pour élargir la prestation de services de qualité et répondre de manière accélérée aux besoins de santé non satisfaits ;
- h) de faire des progrès vers l'élimination du paiement direct, entendu comme les coûts à la charge des individus par les services de soins de santé qu'ils reçoivent, qui se transforme en obstacle à l'accès au moment de la prestation de services pour éviter l'appauvrissement et l'exposition à des dépenses catastrophiques ; le remplacement du paiement direct en tant que mécanisme de financement doit être planifié et mis en œuvre graduellement en le remplaçant par des mécanismes solidaires de mise en commun de fonds, qui tiennent compte, selon le contexte national, des diverses sources de financement telles que des contributions à la sécurité sociale, les impôts et les recettes fiscales, afin d'augmenter la protection financière, l'équité et l'efficience du système de santé ;
- i) d'identifier et de mettre en œuvre une série d'actions destinées à améliorer l'efficience du financement et de l'organisation du système de santé ;

- j) de mettre en œuvre des plans, des programmes et des projets pour faciliter l'autonomisation des personnes et des communautés par la formation et la participation active et l'accès à l'information par les membres de la communauté, pour qu'ils connaissent mieux leurs droits et leurs responsabilités, pour qu'ils puissent jouer un rôle actif en matière de formulation de politiques, lors de la mise en œuvre d'actions pour identifier et aborder les iniquités en santé et les déterminants sociaux de la santé et pour la promotion et la protection de la santé.
3. De demander à la Directrice :
- a) d'utiliser la stratégie pour faciliter le leadership des autorités sanitaires afin de promouvoir la mobilisation des ressources nationales pour appuyer la transformation ou le renforcement des systèmes de santé sur la voie de l'accès universel à la santé et de la couverture sanitaire universelle ;
  - b) d'hiérarchiser la coopération technique qui soutient les pays dans le développement de processus participatifs pour définir les cibles et les buts nationaux, ainsi que des plans d'action pour progresser sur la voie de l'accès universel à la santé et de la couverture sanitaire universelle ;
  - c) de mesurer les progrès sur la voie de l'accès universel à la santé et de la couverture sanitaire universelle en utilisant les indicateurs identifiés dans le Plan stratégique de l'Organisation panaméricaine de la Santé 2014-2019 et d'informer sur les progrès par le biais des rapports d'évaluation biennaux sur l'exécution du Plan stratégique ;
  - d) de développer des actions et des outils pour appuyer la mise en œuvre de la stratégie ;
  - e) de favoriser l'innovation dans la coopération technique concernant la transformation ou le renforcement des systèmes de santé sur la voie de l'accès universel à la santé et de la couverture sanitaire universelle, en mettant à jour les mécanismes du Bureau pour soutenir la coopération entre les pays, en établissant des réseaux d'experts et de gestion du savoir, en facilitant la documentation et la communication des expériences des pays et en utilisant les plateformes technologiques, d'une manière compatible avec les besoins des pays et les capacités actuelles, ainsi que les leçons apprises ;
  - f) de renforcer la coordination inter-organismes et les mécanismes de collaboration afin de réaliser des synergies et de l'efficacité dans la coopération technique, y compris au sein du système des Nations Unies, du système interaméricain et avec d'autres parties prenantes travaillant pour la couverture sanitaire universelle, en particulier avec les mécanismes d'intégration infrarégionale et les institutions financières internationales concernées.



## Rapport sur les incidences financières et administratives

**1. Point de l'ordre du jour : 4.3 – Stratégie pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle**

**2. Lien avec le Programme et budget 2014-2015 :**

**a) Catégories :** Catégorie 4, Systèmes et services de santé

**b) Domaines programmatiques et résultats intermédiaires:**

4.1 Gouvernance et financement

4.2 Services de santé globaux, axés sur la personne et de bonne qualité

4.3 Accès aux produits médicaux et renforcement de la capacité régulatrice

4.5 Ressources humaines pour la santé.

**c) Il convient de noter que la couverture sanitaire universelle est un pilier central du Plan stratégique et par conséquent, articule et nécessite des actions coordonnées avec d'autres catégories, en particulier, la catégorie 3, dans laquelle se trouvent les déterminants sociaux de la santé, et les thèmes transversaux (genre, équité, ethnicité et droits de l'homme), et le cycle de la vie. De plus, le renforcement des services justifie la coordination avec les programmes prioritaires, y compris les maladies non transmissibles.**

**3. Incidences financières**

**a) Coût estimatif total de la mise en œuvre de la résolution sur toute sa durée (à US \$10 000 près, activités et personnel compris) :**

La résolution s'inscrit dans la période 2014-2019 du Plan stratégique de l'OPS ; aucun coût additionnel n'est estimé étant donné que le coût est prévu pour l'exécution du Plan stratégique.

**b) Coût estimatif pour l'exercice 2014-2015 (à US \$10 000 près, activités et personnel compris) :**

Le budget approuvé pour les systèmes de santé dans l'exercice 2014-2015 est d'US\$ 97 474 000, y compris le budget ordinaire et d'autres sources. Ce montant inclut les dépenses correspondantes au personnel et aux activités. Il existe un déficit de financement que l'on espère couvrir par la mobilisation des ressources, avec des actions déjà en cours.

**c) Sur le coût estimatif indiqué au point b), quel montant peut être inclus dans les activités programmées existantes ? :**

Les actions de coopération technique pour l'exécution de la stratégie peuvent et doivent s'intégrer dans les activités programmées, permettant d'avoir des critères encore plus clairs pour établir les priorités dans l'affectation des ressources et augmenter l'efficacité.

**4. Incidences administratives**

**a) Indiquer les niveaux de l'Organisation où les activités seront exécutées :**

Tous les niveaux de l'Organisation doivent réaliser des actions pour l'exécution de la stratégie, conformément aux responsabilités définies.

**b) Besoins supplémentaires de dotations en personnel (indiquer le personnel supplémentaire à plein temps nécessaire, en précisant les qualifications requises) :**

Aucun besoin supplémentaire de personnel n'est estimé ; toutefois, il sera nécessaire de développer des solutions innovantes pour la coopération technique, en établissant des réseaux d'experts et une collaboration formelle avec des institutions d'excellence, en utilisant les capacités existantes dans les États Membres.

**c) Calendriers (indiquer des calendriers approximatifs pour la mise en œuvre et l'évaluation) :**

Les calendriers pour les activités d'application et d'évaluation sont totalement alignés sur ceux établis dans la planification stratégique et opérationnelle de l'Organisation, c'est-à-dire, sur les programmes et budgets et le Plan stratégique, conformément au calendrier établi par les Organes directeurs.



**FORMULAIRE ANALYTIQUE VISANT À LIER UN POINT DE L'ORDRE DU JOUR  
AUX MISSIONS DE L'ORGANISATION**

**1. Point de l'ordre du jour 4.3 – Stratégie pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle**

**2. Unité responsable :** Systèmes et services de santé/Services de santé et accès (HSS/HS)

**3. Fonctionnaires chargés de la préparation :** Dr James Fitzgerald et Dr Amalia Del Riego

**4. Liste de centres collaborateurs et d'institutions nationales liés à ce point de l'ordre du jour :**

La stratégie exigera le renforcement de la collaboration avec les institutions nationales et académiques et exigera d'élargir les centres collaborateurs dans le domaine des Systèmes et services de santé. Jusqu'à présent, les centres collaborateurs suivants ont été identifiés :

- a) OPS/OMS, Centre collaborateur en planification des effectifs en santé et information, Université d'État de Rio de Janeiro, Brésil.
- b) OPS/OMS, Centre collaborateur en planification des effectifs en santé et recherche, Université de Dalhousie, Canada.
- c) OPS/OMS, Centre collaborateur en sciences de l'éducation et pratique, Université de Sherbrooke, Canada.
- d) OPS/OMS, Centre collaborateur pour les alliances en santé, à travers l'éducation, les services et la recherche, Université du Nouveau Mexique, Centre de sciences de la santé.

**5. Liens entre ce point de l'ordre du jour et le Programme d'action sanitaire pour les Amériques 2008-2017 :**

Le programme d'action sanitaire pour les Amériques est fondé sur les soins de santé primaires qu'il réaffirme et l'engagement à la santé et au bien-être comme éléments centraux du développement dans la Région. De plus, il établit comme priorité le renforcement de la gouvernance et de la gestion des autorités sanitaires nationales pour orienter les systèmes de santé vers la réduction des iniquités.

**6. Liens entre ce point de l'ordre du jour et le Plan stratégique 2014-2019 :**

La couverture sanitaire universelle est l'un des piliers du Plan stratégique 2014-2019.

**7. Meilleures pratiques appliquées dans ce secteur et exemples tirés des pays de la Région des Amériques :**

Divers pays de la Région des Amériques ont réalisé des efforts récents de transformation de leurs systèmes de santé qui abordent les composantes nécessaires pour les progrès vers la couverture sanitaire universelle, entre autres le Brésil, le Chili, El Salvador, les États-Unis d'Amérique, la Jamaïque, le Mexique et l'Uruguay.

**8. Incidences financières du point de l'ordre du jour en question :**

Il n'y a pas d'incidences financières pour le BSP sur ce point de l'ordre du jour ; toutefois, dans la stratégie et la résolution qui l'accompagne, un appel est lancé aux États Membres pour qu'ils définissent les objectifs nationaux pour la couverture sanitaire universelle et des plans d'action qui auront des incidences financières, y compris l'appel à l'augmentation de l'investissement en santé, en particulier dans le premier niveau de soins.

- - -