

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

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

Session virtuelle, du 20 au 24 septembre 2021

---

Point 4.8 de l'ordre du jour provisoire

CD59/11  
10 août 2021  
Original : anglais

#### **STRATÉGIE VISANT À DÉVELOPPER DES SYSTÈMES DE SANTÉ RÉSILIENTS ET UN RÉTABLISSEMENT SUITE À LA PANDÉMIE DE COVID-19 POUR ASSURER LA DURABILITÉ ET LA PROTECTION DES ACQUIS DE SANTÉ PUBLIQUE**

##### **Introduction**

1. La pandémie de COVID-19 a eu un impact important sur la santé, sur les vies humaines et sur les moyens de subsistance dans les Amériques, et elle a provoqué une crise sociale et économique caractérisée par un chômage de masse, un appauvrissement accru et l'exacerbation d'iniquités de longue date. La voie déterminante vers le rétablissement<sup>1</sup> et la progression dans la direction des objectifs de développement durable exige des actions renforcées pour lutter contre la pandémie, une prise en charge adéquate des personnes atteintes de COVID-19, notamment *a)* la condition post COVID-19 que présentent certains, *b)* le déploiement rapide et équitable des vaccins anti-COVID-19 et *c)* la réduction des perturbations concernant la prestation et la mise à disposition des services de santé essentiels pour protéger les acquis en matière de santé. Une transition progressive de la riposte à la pandémie au rétablissement post-pandémique exigera de renouveler l'accent mis sur le développement de systèmes de santé durables et résilients, éclairés par la riposte à la COVID-19 et s'appuyant sur celle-ci.

2. La notion de résilience fait référence à la capacité d'un système à ajuster son activité afin de maintenir ses fonctionnalités de base quand surviennent des défis, des défaillances ou des changements environnementaux. C'est une propriété déterminante de nombreux systèmes complexes. La résilience des systèmes de santé renvoie à l'aptitude à absorber les

---

<sup>1</sup> Rétablissement : récupération ou amélioration des moyens de subsistance et de la santé, ainsi que des actifs, systèmes et activités économiques, physiques, sociaux, culturels et environnementaux, d'une communauté ou d'une société touchée par une catastrophe, conformément aux principes du développement durable et du principe « reconstruire en mieux », afin d'éviter ou de réduire les risques de catastrophe future. Source : Assemblée générale des Nations Unies, *Rapport du groupe de travail intergouvernemental d'experts à composition non limitée chargé des indicateurs et de la terminologie relatifs à la réduction des risques de catastrophe*, 2016. Disponible en anglais sur : [https://www.preventionweb.net/files/50683\\_oiewgreportfrench.pdf](https://www.preventionweb.net/files/50683_oiewgreportfrench.pdf).

---

perturbations, à réagir et à se rétablir pour finalement assurer une prestation des services requis en temps opportun. Elle repose sur les capacités des acteurs de la santé, des institutions et des populations à se préparer à des crises et à y riposter efficacement, à adapter les composantes du système pour maintenir les fonctions essentielles lorsqu'une crise survient et —en s'appuyant sur le suivi, l'évaluation d'impact et les enseignements tirés— à se réorganiser et à se transformer, si les conditions l'exigent. La résilience est une qualité propre à un système de santé qui fonctionne convenablement et s'oriente vers un accès universel à la santé et une couverture sanitaire universelle. Dans le contexte actuel, elle englobe également la durabilité des services et la récupération des acquis de la population en matière de santé qui ont été affectés par la pandémie. Ce sont à la fois des objectifs et des résultats des efforts de renforcement ou de transformation du système de santé (1-3).

3. L'expérience de la pandémie a clairement montré qu'il est impératif d'investir pour renforcer la résilience des systèmes de santé afin de protéger et de promouvoir la santé, ainsi que le développement social et économique. Ce document fournit un cadre stratégique qui appuiera les mesures prises par les États Membres pour accélérer la récupération et la protection des acquis de santé publique perdus, et faire avancer la transformation vers des systèmes de santé plus résilients, durables et inclusifs au cours de ce qui pourrait être une crise sociale et économique complexe et prolongée dans les Amériques. Bien que l'accent soit mis dans l'immédiat sur la période suivant la pandémie, le cadre vise également à orienter les futurs investissements publics stratégiques qui protégeront et favoriseront la santé et le développement économique et social.

### **Antécédents**

4. En riposte aux urgences de santé publique dans les Amériques, les États Membres de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) ont approuvé en 2016 la politique sur la résilience des systèmes de santé (résolution CD55.R8) (3). Cette politique fournit des orientations aux États Membres sur la façon d'améliorer les capacités de réaction et d'adaptation de leurs systèmes de santé face aux menaces immédiates, de soutenir et de maintenir les améliorations en matière de santé, et de contribuer au maintien du développement social et économique de la Région des Amériques. La politique accompagne d'autres résolutions et documents pertinents de l'OPS et de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), qui traitent de ces questions (4-8).

5. Bien que les États Membres aient fait quelques progrès sur le plan de la résilience des systèmes de santé, la pandémie de COVID-19 a mis en lumière dans ces systèmes des insuffisances de longue date qui ont affecté leur capacité de riposte et les résultats de santé publique. En même temps, les innovations et les investissements réalisés dans les systèmes de santé ont contribué de manière positive à la riposte à la pandémie. En outre, la COVID-19 a mis en évidence les liens inextricables existant entre la santé, l'économie, l'environnement et les politiques et mécanismes de protection sociale. Le leadership, la gouvernance et la gestion stratégique ont ainsi été des déterminants essentiels pour la préparation et la riposte à la pandémie. Ils sont particulièrement importants pour

coordonner la mise en œuvre des plans nationaux de riposte, incluant la mobilisation des ressources nécessaires (notamment les ressources humaines, les ressources financières, les données scientifiques probantes, les médicaments et les technologies de la santé) (5-7).

6. Alors que la Région aborde la transition de la riposte au rétablissement, il existe des enseignements empiriques à tirer de la pandémie de COVID-19, qui peuvent permettre de mieux orienter les interventions stratégiques visant à renforcer la résilience au sein des systèmes de santé et des sociétés. Cela contribuera à une meilleure préparation des pays de la Région pour répondre aux besoins sanitaires de la population, notamment lors d'une urgence sanitaire internationale de l'ampleur de la pandémie de COVID-19 qui surviendrait dans le futur.

### **Analyse de la situation**

7. La pandémie de COVID-19 a eu un impact sur les services de santé et les résultats en matière de santé dans les Amériques, notamment dans les populations vulnérables. Au 31 mai 2021, il y avait 67 472 965 cas confirmés dans les Amériques, dont 1 653 255 décès notifiés (9). En 2020, la Région des Amériques se caractérisait par la surmortalité la plus élevée de toutes les régions de l'OMS, incluant les décès liés tant directement qu'indirectement à la pandémie.<sup>2</sup> Des différences dans la transmission du SARS-CoV-2 et sur le plan des résultats en matière de santé ont été signalées selon le quintile de revenu, la race et l'origine ethnique, démontrant une surmortalité plus élevée dans les populations à faible revenu, autochtones et d'ascendance africaine. Quarante-quatre études au moins indiquent que les groupes défavorisés sont affectés de manière disproportionnée et présentent ainsi des taux plus élevés d'infection dus au virus de la COVID-19, des cas plus graves et un manque d'accès au traitement, avec pour conséquence des taux plus élevés de mortalité due à la COVID-19. La pandémie de COVID-19 a ainsi amplifié les obstacles existants à l'accès à la santé, notamment dans les communautés vulnérables (10-18).

8. La pandémie a entraîné une crise sociale et économique pénalisant les vies et les moyens de subsistance, et affectant les femmes de manière disproportionnée. Cela a conduit à des troubles sociaux dans plusieurs pays de la Région. La réduction mondiale du produit intérieur brut (PIB) a été la plus importante depuis 1946. En Amérique latine et dans les Caraïbes, où le PIB par habitant a été ramené aux niveaux de 2010, la pauvreté et l'inégalité augmenteront (19). Sans les mesures massives de relance prises par les gouvernements de toute la Région, l'impact de la pandémie aurait été encore plus catastrophique (19-23).

9. Dans ce paysage économique et social complexe, des insuffisances de longue date des systèmes de santé ont affaibli la capacité des pays à affronter et à gérer un événement

---

<sup>2</sup> Données préliminaires de mortalité de l'OMS présentées par William Msemburi à la réunion de l'OMS et du Groupe consultatif technique sur l'évaluation de la mortalité liée à la COVID-19, du Département des affaires économiques et sociales (DAES) de l'ONU, tenue le 12 mars 2021.

d'une aussi grande ampleur et d'une durée aussi prolongée que la pandémie de COVID-19. Les problèmes les plus notables incluent la segmentation et la fragmentation des systèmes de santé, la constance des faibles niveaux d'investissements publics en matière de santé, les obstacles à l'accès (financiers, géographiques, culturels et juridiques), les lacunes et les besoins en capacité du personnel de santé, et la faible capacité de résolution au premier niveau de soins. Tous ces paramètres ont traditionnellement affecté l'accès aux soins de santé et la couverture. Ont également été importantes les faiblesses de formulation et d'exécution des politiques et des stratégies de prévention des maladies et de promotion de la santé, y compris les interventions économiques et de protection de l'environnement à l'appui de ces stratégies (24-28).

10. Dans l'ensemble, la pandémie a mis en évidence un manque de cohérence dans la planification des activités de santé publique, notamment une faible intégration entre les services de santé individuels et collectifs, ainsi que des faiblesses dans la préparation et la planification de la riposte de santé publique. Les autorités sanitaires ont rencontré des difficultés lorsqu'elles ont été confrontées à la nécessité d'agir en coopérant de manière cohérente, et donc en envisageant leurs fonctions dans une perspective d'intégration. Compte tenu de la complexité des menaces et des défis de santé publique, il est nécessaire d'adopter une approche intégrée d'élaboration et de mise en œuvre des politiques de santé publique qui intègre étroitement la santé publique aux programmes concernant les systèmes de santé et la sécurité sanitaire (29).

11. Comme le souligne le document CD58/6, *Pandémie de COVID-19 dans la Région des Amériques* (5), la pandémie a mis en lumière des lacunes dans la capacité d'adaptation des systèmes de gouvernance et de santé qui n'avaient pas été cernées par les mesures existantes, ou n'étaient pas très apparentes, ou sont simplement apparues dans le contexte de la pandémie, notamment à des moments critiques. Le Groupe indépendant sur la préparation et la riposte à la pandémie (GIPR) (30) et le Comité d'examen sur le fonctionnement du Règlement sanitaire international (2005) pendant la riposte à la COVID-19 (31) ont noté, dans leurs conclusions et recommandations finales à la 74<sup>e</sup> Assemblée mondiale de la Santé, que la pandémie de COVID-19 a révélé des insuffisances largement anticipées des systèmes nationaux et mondiaux d'alerte et d'intervention et des activités de préparation, se rapportant de façon générale aux fonctions essentielles de santé publique et aux dispositifs d'intervention d'urgence. Les efforts de préparation n'ont pas été suffisamment centrés sur le renforcement, en amont, de la capacité des systèmes de santé à se développer et à s'adapter sur les plans quantitatifs et qualitatifs. Dans une synthèse de son rapport, le GIPR affirme que « [l]a préparation et la riposte à la pandémie au niveau national doivent être renforcées par une augmentation de la capacité multidisciplinaire au niveau des institutions de santé publique, des exercices de simulation annuels, une augmentation des protections sociales et de l'assistance aux professionnels de santé, y compris les soignants communautaires, un investissement dans la communication des risques et une planification avec les communautés, en particulier celles qui sont marginalisées » (30).

12. Les pays de la Région ont connu d'importantes perturbations dans la prestation des services de santé pour toutes les affections, ainsi qu'une diminution de la demande et du recours à des services de santé nécessaires dans des domaines prioritaires, tels que la santé mentale, les soins aux personnes âgées et aux personnes handicapées, la réadaptation, la santé maternelle et infantile, les maladies non transmissibles, la vaccination, la tuberculose/l'infection à VIH et autres maladies transmissibles. L'accès des populations en situation de vulnérabilité (populations autochtones, d'ascendance africaine et communautés rurales reculées, entre autres) a été encore compromis par la limitation de la priorité accordée au premier niveau de soins. Les systèmes de santé ont apporté des adaptations visant à maintenir la prestation des services, notamment une utilisation accrue de la télémédecine, la prolongation des prescriptions et le recours à des pharmacies mobiles (32).

13. En avril 2021, de nombreux pays de la Région ont atteint un point de rupture en termes de taux d'occupation des hôpitaux (seuil de 80 % ou au-delà), en particulier dans les unités de soins intensifs. Cette situation, qui dure depuis plusieurs mois, impacte la prestation des services de santé essentiels, malgré les efforts visant à élargir le déploiement des capacités hospitalières des équipes médicales d'urgence nationales et régionales, et à mettre en place d'autres sites de soins médicaux. Les systèmes de santé sont confrontés depuis près d'un an à la nécessité d'élargir la capacité des soins intensifs. Au cours de la forte augmentation du nombre de cas, il est devenu de plus en plus difficile de maintenir et d'élargir encore cette capacité, du fait notamment de l'épuisement mental et physique notifié du personnel de santé et des ruptures de stock de fournitures et de médicaments d'urgence pour la prise en charge des cas (par ex. oxygène, analgésiques, sédatifs, myorelaxants, anticoagulants, etc.)

14. Le personnel de santé a été durement touché par la pandémie. Au total, 1 827 112 cas de COVID-19 parmi les agents de santé, dont 9159 décès, ont été signalés à l'OPS par 22 pays des Amériques au cours de la période se terminant au 12 mai 2021.<sup>3</sup> La pandémie a révélé un sous-investissement chronique dans les ressources humaines pour la santé et une absence de systèmes d'information pour rendre compte de la répartition de ces ressources, des lignes de soins et des catégories professionnelles, ainsi que de la composition et des caractéristiques des équipes de santé interprofessionnelles. Alors que les systèmes de santé ont augmenté leurs capacités, les pays ont dû faire face à des difficultés de recrutement, de déploiement, de protection et de fidélisation du personnel de santé, et notamment à la nécessité d'offrir un soutien psychosocial aux agents de santé de première ligne. Des défis cruciaux similaires ont été rencontrés pour garantir l'accès aux fournitures médicales, aux médicaments et aux technologies de la santé essentiels, cette question importante étant traitée de manière distincte dans la proposition de politique *Accroissement de la capacité de production des médicaments et des technologies de la santé essentiels* (document CD59/8), qui sera également présentée au Conseil directeur

---

<sup>3</sup> Système d'information de l'OPS sur la COVID-19 pour la Région des Amériques.  
Disponible en anglais sur : <https://paho-covid19-response-who.hub.arcgis.com/>.

en septembre 2021. De plus, dans le contexte d'une pandémie due à un nouveau virus, surviennent des défis concernant la mise à disposition de données scientifiques probantes pour élaborer des interventions de santé publique, et des difficultés à persuader le public d'adopter, et de conserver, des changements majeurs sur le plan de ses moyens d'existence. Ces défis amenuisent encore la capacité de préserver les fonctions du système de santé (24-26).

15. En même temps, la pandémie a aussi accéléré les innovations au niveau des systèmes de santé. Elle a fait progresser les efforts visant à réorganiser ou élargir la prestation des services dans les 51 pays et territoires de la Région, accéléré l'adoption des technologies numériques de la santé dans le cadre de la prestation de ces services, stimulé l'innovation en matière de gestion des ressources humaines pour la santé, de partage des tâches et de planification des effectifs, accru les capacités et les partenariats en matière de recherche et d'application des connaissances, renforcé la capacité des autorités nationales de réglementation quant aux autorisations d'utilisation d'urgence et à la surveillance post-commercialisation des nouvelles technologies de la santé, conduit à de nouveaux mécanismes intersectoriels pour améliorer la gouvernance et la gestion stratégique de la riposte à la pandémie, été à l'origine d'innovations dans la gestion des ressources financières pour faciliter l'apport de fonds aux prestataires de services de santé de première ligne, notamment ceux du secteur privé, accru le financement public de la santé et de la protection sociale sur l'ensemble de la Région, et suscité une nouvelle prise de conscience de l'importance de prendre des décisions de santé publique fondées sur des données scientifiques et probantes (5).

16. Malgré leur importance capitale pour la santé humaine, les interventions de santé publique sont souvent insuffisamment financées et offertes relativement aux services à la personne en institution. En raison de cette absence de priorité politique, le financement public est insuffisant pour répondre aux besoins de la population en matière de santé et de déterminants de la santé, et pour riposter efficacement à une crise sanitaire mondiale prolongée. Les institutions financières internationales prévoient actuellement que ce sous-financement de la santé publique constituera un défi permanent sur le long chemin du rétablissement suite à la pandémie. En outre, de nombreux pays ont connu une détérioration de leur solvabilité, les forçant à procéder à des réformes structurelles qui peuvent avoir un impact direct sur les secteurs sociaux et menacer la récupération des acquis de santé publique perdus, la préparation à de futures pandémies et la résilience des systèmes de santé (20-23, 29).

### **Proposition**

17. Compte tenu de l'ampleur des impacts sanitaires, sociaux et économiques de la pandémie de COVID-19 dans la Région des Amériques, il est urgent de récupérer les acquis de santé publique perdus et de se remettre sur la voie des objectifs de développement durable. Cela signifie qu'il faut prendre des mesures stratégiques et ciblées pour remédier aux insuffisances systémiques et structurelles des systèmes de santé exposées par la pandémie, et pour bâtir des systèmes de santé résilients en vue de l'avenir en élargissant

rapidement l'accès et la couverture dans le domaine de la santé, en s'attaquant aux iniquités en matière de santé et aux facteurs de risque environnemental, et en adoptant et consolidant les innovations du système de santé mises au point pendant la riposte à la pandémie. Il est impératif d'améliorer les capacités de préparation et de riposte aux situations d'urgence dans la perspective des urgences sanitaires multirisques, notamment des pandémies et des phénomènes météorologiques extrêmes d'origine climatique.

18. Quatre axes d'intervention stratégiques interdépendants sont proposés pour guider, selon ce qui s'applique aux contextes et priorités nationaux, les États Membres dans la transformation de leur système de santé en faveur d'une plus grande résilience. Le renforcement du leadership, de la gestion stratégique et de la gouvernance est central pour chacun d'eux. Ces axes d'intervention complètent d'autres interventions de transformation et de renforcement des systèmes de santé énoncées dans d'autres stratégies, plans d'action et cadres de mise en œuvre de l'OPS, notamment la *Stratégie pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle* (document CD53/5, Rev. 2) (2) et le Programme d'action sanitaire durable pour les Amériques 2018-2030 (33).

### **Axes stratégiques d'intervention**

***Axe stratégique d'intervention 1 : Transformer les systèmes de santé, en s'appuyant sur une approche centrée sur les soins de santé primaires, afin d'accélérer le rétablissement suite à la pandémie, de récupérer et de maintenir les acquis de santé publique et de reprendre le chemin vers la santé universelle***

19. Faire progresser la transformation des systèmes de santé en s'attaquant à un large éventail de problèmes structurels et organisationnels et en se recentrant sur des capacités et des interventions spécifiques pour renforcer la résilience facilitera le rétablissement à court terme et assurera sa durabilité à moyen et long termes. Des systèmes de santé résilients, réactifs, adaptatifs et répondant de manière inclusive aux besoins de l'ensemble de la population sont essentiels pour protéger et promouvoir la santé, tout en assurant la sécurité humaine et en permettant aux pays de se remettre sur la voie de la santé universelle.

20. À cette fin, il est plus important que jamais d'accélérer la mise en œuvre d'une approche de soins de santé primaires, qui répond aux besoins des personnes, des familles et des communautés où elles vivent, en offrant des soins complets, intégrés et de qualité. Cette approche s'appuie sur un continuum de services allant de la promotion de la santé et de la prévention des maladies (notamment par l'amélioration de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène, par la prévention et la lutte contre les infections, par la vaccination) en passant par le dépistage, le diagnostic précoce, le traitement, la réadaptation et les soins de soutien. Elle exige également que des mesures soient prises pour s'attaquer aux déterminants sociaux, environnementaux et économiques de la santé sur tout le parcours de vie.

21. Les États Membres sont encouragés à renouveler leur engagement à mettre en œuvre les recommandations de la Commission de haut niveau « La santé universelle au 21<sup>e</sup> siècle : 40 ans d'Alma-Ata » (27) et du Compact 30-30-30, ou Pacte régional sur les soins de santé primaires pour la santé universelle (28). Ce dernier appelle les États Membres à transformer leurs systèmes de santé d'ici à 2030 en se basant sur les soins de santé primaires, en réduisant d'au moins 30 % les obstacles à l'accès, en portant le financement public à au moins 6 % du PIB et en allouant un minimum de 30 % de ces ressources au premier niveau de soins. Le Pacte pour les soins de santé primaires accélérera le rétablissement des acquis de santé publique perdus et améliorera la capacité et la résilience des systèmes de santé.

22. Les paradigmes des systèmes de santé doivent subir une transformation pour favoriser une participation sociale inclusive, notamment une coordination entre les secteurs et les parties prenantes. Ces nouveaux paradigmes doivent viser à fournir des services équitables, inclusifs, complets et de qualité, qui soient fondés sur les soins de santé primaires. Ils devront également chercher à influencer les déterminants de la santé, en mettant explicitement l'accent sur les interventions intersectorielles.

***Axe stratégique d'intervention 2 : Renforcer le leadership, la gestion stratégique et la gouvernance en mettant un accent renouvelé sur les fonctions essentielles de santé publique***

23. Une approche pangouvernementale et pansociétale est nécessaire pour accroître les capacités de santé publique et concevoir, ou renforcer, des structures institutionnelles pouvant coordonner différents programmes et interventions de santé publique d'un secteur à l'autre. Cela exige une collaboration et une coordination intersectorielles placées sous la gestion stratégique et le leadership des autorités sanitaires. Un leadership est également nécessaire pour améliorer, maintenir et institutionnaliser les mécanismes et la capacité de convertir efficacement des données probantes solides et contextualisées en politiques et en pratiques, et pour élargir des innovations éprouvées qui appuient la transformation des systèmes de santé.

24. Des mesures devront être prises pour renforcer les capacités d'exécution des fonctions essentielles de santé publique (FESP) conformément au cadre lancé par l'OPS en décembre 2020 (29). Ce cadre prévoit des mesures dans quatre grands domaines : a) l'évaluation, qui comprend le renforcement de la capacité des autorités sanitaires à évaluer et à surveiller l'état de santé de leurs communautés, notamment les obstacles à l'équité et à l'accès, les déterminants sociaux, environnementaux et économiques de la santé et les résultats des systèmes de santé, b) la formulation et la mise en œuvre de politiques fondées sur des données probantes pour la promotion et la protection de la santé aux niveaux national et infranational, notamment des politiques visant à s'attaquer aux facteurs de risque et aux déterminants sociaux, environnementaux et économiques de la santé, c) l'allocation de ressources et la promulgation de lois et de règlements qui renforcent les dispositions et les mécanismes institutionnels appuyant les interventions de santé publique et d) l'accès, en assurant un accès universel et équitable à toutes les

interventions de santé publique, y compris les services de santé pour les personnes, les communautés et les populations.

25. Il est important de mesurer les capacités institutionnelles des autorités sanitaires à remplir les fonctions essentielles de santé publique, en tant que fondements pour l'élaboration de plans d'action sectoriels et intersectoriels visant à renforcer les FESP. Ces plans d'action devront être intégrés au cycle des politiques et des budgets nationaux, comme contribution au processus d'élaboration des politiques sanitaires des pays.

26. Le renforcement des capacités devra améliorer les compétences du personnel quant à la mise en œuvre du programme des FESP, notamment les compétences en matière de gouvernance, de réglementation et de gestion des équipes de ressources humaines pour répondre aux besoins de la population en matière de santé et aux défis actuels et futurs liés à la pandémie. Le perfectionnement et la formation de nouveaux cadres du personnel basés sur les soins de santé primaires seront essentiels pour parvenir à la résilience.

27. Les leaders devront également s'efforcer d'améliorer la coopération régionale dans le domaine de la santé et de l'aligner sur les priorités spécifiques de chaque pays, conformément à la Déclaration de Paris. Il s'agit notamment de promouvoir la coopération entre les pays afin d'optimiser les capacités existantes en matière de santé et d'encourager le partage des connaissances et du savoir-faire entre les partenaires.

***Axe stratégique d'intervention 3 : Renforcer les capacités des réseaux de prestation de services de santé afin d'élargir l'accès et d'améliorer la préparation et la riposte aux urgences de santé publique***

28. Un réseau de prestation de services de santé intégré, bien doté en ressources et bien géré est fondamental pour assurer l'accès universel et équitable à toutes les interventions de santé publique, incluant les services de santé aux personnes, aux communautés et aux populations. La capacité de maintenir un niveau de base de services de santé préventifs et systématiques, incluant ceux relatifs aux programmes prioritaires, et d'élargir certains services dans l'éventualité d'une urgence de santé publique dépendra de la capacité de résolution de l'ensemble du réseau, notamment le premier niveau de soins et les services spécialisés.

29. Il est nécessaire de développer les capacités d'adaptation, de riposte et de réorganisation du réseau des services de santé, notamment la capacité de pointe en matière de soins de santé. Cela inclut des capacités d'élaboration de plans de riposte adaptables pour l'ensemble du réseau de services de santé, afin d'orienter l'affectation de ressources limitées et une prise de décisions en temps opportun dans l'éventualité d'une urgence de santé publique.

30. La gouvernance des systèmes de santé devra être renforcée en améliorant la gestion et la coordination et en déployant des efforts particuliers pour dépasser la fragmentation de la prestation des services afin de tirer parti des capacités dans tous les sous-systèmes et

secteurs (publics et privés). Cela inclut le renforcement des capacités de gestion des réseaux de santé, y compris la gestion des services auxiliaires, des infrastructures essentielles et des transports. Pour assurer une amélioration soutenue de la prestation de services de santé de qualité, des mécanismes devront être mis en place pour coordonner les soins tout au long du continuum des services de santé selon les besoins des patients. De tels mécanismes comprennent des voies d'orientation et de contre orientation simples, des systèmes d'information et des processus de surveillance pour suivre les rencontres avec les patients et leurs résultats, et la surveillance des indicateurs clés de performance pour des soins de qualité (34, 35).

31. Il existe un besoin urgent de compenser l'impact des interruptions de prestation des services et des abandons de soins survenus au cours de la pandémie. À cette fin, des mesures devront être prises pour renforcer la capacité d'intervention du premier niveau de soins, notamment l'évaluation et l'adoption rapide dans les services de santé d'innovations fondées sur des données probantes. Un premier niveau de soins solide contribuera à assurer la récupération rapide des acquis de santé perdus tout en constituant un investissement dans la santé future des personnes et des communautés et dans la résilience des systèmes de santé. Le premier niveau de soins est essentiel à la mise en œuvre des programmes prioritaires et à l'amélioration de l'accès aux services des personnes vivant dans des conditions de vulnérabilité. La plupart des pays et territoires ont signalé des disruptions durant la pandémie, en plus d'un sous-financement chronique. Il faudra prêter une attention particulière aux services liés à la santé mentale et au soutien psychosocial pour la population dans son ensemble, mais aussi les groupes vulnérables et les agents de santé. Une approche de planification centrée sur le territoire et des liens plus étroits entre les services de santé et les services sociaux sont nécessaires (34, 35).

32. L'amélioration de la planification et de la gestion des ressources humaines, notamment les mesures incitatives et les politiques de fidélisation, est essentielle pour assurer la préparation à la riposte aux urgences de santé publique. Les pays et les établissements de santé doivent avoir la capacité de riposter avec des ressources humaines suffisamment étoffées et possédant les aptitudes et les compétences nécessaires pour répondre aux besoins de la population en temps opportun et de manière pertinente, efficace et efficiente. Cela inclut le renforcement des équipes interprofessionnelles de santé au premier niveau de soins et la formation de spécialistes pour garantir la continuité des soins sur l'ensemble du réseau de soins de santé.

33. Les actions de transformation numérique du secteur de la santé et de renforcement des systèmes d'information sanitaire doivent être accélérées. Cela inclut l'adoption de solutions numériques pour améliorer l'accès aux services de santé, notamment des outils utilisés pendant la pandémie de COVID-19. L'amélioration de la prestation des soins de santé et de la résilience des systèmes de santé dépend d'une transition vers des systèmes d'information interopérables intégrant des données sur les maladies et des données propres aux facteurs de risque, des données sur les capacités des établissements de santé (personnel de santé, fournitures, médicaments et autres technologies de la santé) et des données provenant d'organisations communautaires et d'organisations non gouvernementales.

La production d'informations en temps réel sur les indicateurs clés des services de santé et sur l'impact des maladies ou des traumatismes sur différents groupes de population à l'aide d'analyses de genre et de vulnérabilité est nécessaire pour appuyer les processus décisionnels au cours d'une urgence de santé publique.

***Axe stratégique d'intervention 4 : Accroître et maintenir le financement public pour la protection de la santé et la protection sociale, notamment pour prendre des mesures visant à aborder les déterminants sociaux, environnementaux et économiques de la santé***

34. Dans le contexte de perspectives économiques incertaines pour la Région des Amériques, un financement public soutenu et accru dans le domaine de la santé sera nécessaire pour appuyer la transformation des systèmes de santé, améliorer la résilience et récupérer les acquis perdus relativement aux indices de santé et de développement. Les efforts pour progresser vers le seuil de 6 % du PIB alloué aux dépenses publiques de santé, avec élimination du paiement en direct en tant qu'obstacle à l'accès, sont plus nécessaires que jamais, car la Région est encore loin d'atteindre cet objectif.

35. Des investissements accrus sont nécessaires pour développer les capacités de mise en œuvre des FESP, notamment les fonctions liées à la conformité au RSI et à la réduction et la gestion des risques de catastrophe. Sur la base d'évaluations multisectorielles et nationales des FESP, des mesures devront être intégrées aux politiques et plans nationaux de santé, accompagnées des allocations budgétaires nécessaires. Ces actions devront donner la priorité à l'étoffement de la main-d'œuvre de santé publique et au renforcement des capacités des réseaux de services de santé à se préparer et à riposter aux événements de santé publique, en accordant l'attention voulue au premier niveau de soins et aux interventions au niveau territorial. Il est nécessaire de prévoir des investissements en capital et des dépenses récurrentes dans les budgets nationaux pour maintenir et améliorer les systèmes de surveillance et d'information, l'évaluation du risque de santé publique, les laboratoires de santé publique, les fournitures, les médicaments et d'autres technologies de la santé (notamment les vaccins), l'infrastructure sanitaire, l'engagement communautaire et la communication.

36. Les investissements dans le premier niveau de soins doivent être prioritaires, en allouant au moins 30 % des dépenses publiques totales de santé à ce premier niveau, comme le propose le Pacte pour les soins de santé primaires. Des investissements accrus dans l'infrastructure et les services auxiliaires, dans les technologies de santé et numériques, dans la formation, le recrutement et la fidélisation des agents de santé (notamment les agents de santé communautaires) et dans la constitution d'équipes de santé interprofessionnelles sont nécessaires pour soutenir la prestation de services de santé complets (des personnes et des populations) et pour améliorer l'adaptabilité, la capacité de riposte et la résilience des systèmes de santé.

37. Outre les efforts en cours pour élargir la marge de manœuvre budgétaire et la mise en commun des fonds, des capacités de planification et de gestion financière des systèmes de santé sont nécessaires pour améliorer l'efficacité et réduire la segmentation du

financement. Le renforcement des capacités d'établissement des coûts, de budgétisation et d'allocation des ressources, notamment l'alignement de diverses sources de financement pour subventionner intégralement les plans nationaux de santé et de riposte, est essentiel pour optimiser les ressources mises à disposition et éclairer les dialogues nationaux ainsi que la coordination et l'harmonisation du financement provenant des donateurs et des institutions financières internationales. Les mesures visant à améliorer les résultats des fonctions de financement —collecte, regroupement, allocation et prévision— par les autorités sanitaires devront être appuyées par un processus de planification budgétaire stratégique visant à améliorer la santé publique. La qualité, l'efficacité et la transparence de ces fonctions doivent être renforcées par le biais de mécanismes institutionnels de surveillance et de réglementation.

38. Une action intersectorielle est nécessaire pour appuyer les fonctions de financement de la santé, de financement social et de financement public afin de s'attaquer aux déterminants sociaux, environnementaux et économiques de la santé. Les mesures prises par le gouvernement pour réduire l'importance de l'économie parallèle dans la Région accéléreront la réduction de la pauvreté et appuieront le rétablissement, ainsi que l'élaboration ou le renforcement de programmes et de mécanismes de protection sociale, notamment ceux qui favorisent la sécurité du revenu, qui protègent les populations les plus vulnérables. Le renforcement des protections sociales, environnementales et économiques relatives à la santé, y compris des initiatives ciblées visant à résoudre la question générationnelle du long rétablissement post-pandémique des enfants et des jeunes, réduira les iniquités et accélérera la récupération des acquis en matière de santé. Le renforcement de ces protections devrait également être au cœur de la planification intersectorielle de la préparation et de la riposte en cas de pandémie, afin de garantir que les populations restent protégées dans l'éventualité d'une urgence future de santé publique. La préparation à la mise en œuvre de programmes d'urgence de protection sociale et de sécurité du revenu en temps de crise peut avoir un effet pondérateur important sur la profondeur, l'ampleur et la durée des crises de santé publique, notamment quant à leurs répercussions socioéconomiques. Alors que les pays cherchent à obtenir des financements auprès des institutions financières internationales pour appuyer la transformation du secteur de la santé et la protection sociale de l'après-COVID-19, le secteur de la santé doit assumer son rôle de partie prenante principale, notamment par la négociation d'accords de prêt, pour appuyer le développement ou le renforcement de systèmes de santé et de sociétés résilients dans leur ensemble.

### **Suivi et évaluation**

39. Le calendrier d'exécution proposé pour cette stratégie est de 10 ans. Les interventions seront intégrées aux budgets programmes biennaux et, par conséquent, le suivi et l'établissement de rapports à l'intention des États Membres seront synchrones aux rapports correspondants (plans stratégiques et budgets programmes). Un examen à mi-parcours sera effectué à la fin de la cinquième année (2026) et un rapport final sera présenté l'année suivant la finalisation de la stratégie (2032).

### **Incidences financières**

40. Aucune ressource financière supplémentaire n'est nécessaire pour la mise en œuvre de cette stratégie. Les mesures prises par le Bureau sanitaire panaméricain seront intégrées aux budgets programmes correspondants (voir l'annexe B).

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

41. Le Conseil directeur est prié d'examiner les informations présentées dans ce document, de formuler tout commentaire qu'il juge pertinent et d'envisager d'approuver la proposition de résolution présentée à l'annexe A.

Annexes

### **Références**

1. Gao J, Barzel B, Barabási AL. Universal resilience patterns in complex networks. *Nature* 2016;530(7590):307-312. Disponible en anglais sur : <http://www.nature.com/nature/journal/v530/n7590/abs/nature16948.html>.
2. Organisation panaméricaine de la Santé. Stratégie pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle [Internet]. 53<sup>e</sup> Conseil directeur de l'OPS, 66<sup>e</sup> session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 29 septembre au 3 octobre 2014 ; Washington, DC. Washington, DC : OPS ; 2014 (document CD53/5, Rev. 2) [consulté le 20 avril 2021]. Disponible sur : <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/CD53-5-f.pdf>.
3. Organisation panaméricaine de la Santé. Résilience des systèmes de santé [Internet]. 55<sup>e</sup> Conseil directeur de l'OPS, 68<sup>e</sup> session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 26 au 30 septembre 2016 ; Washington, DC. Washington, DC : OPS ; 2016 (résolution CD55.R8) [consultée le 20 avril 2021]. Disponible sur : <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2016/CD55-R8-f.pdf>.
4. Organisation panaméricaine de la Santé. Plan stratégique de l'Organisation panaméricaine de la Santé 2020-2025 [Internet]. 57<sup>e</sup> Conseil directeur de l'OPS, 71<sup>e</sup> session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 30 septembre au 4 octobre 2019 ; Washington, DC. Washington, DC : OPS ; 2019 (*Document officiel* 359) [consulté le 20 avril 2021]. Disponible sur : <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51599/CD57-OD359-f.pdf>.

5. Organisation panaméricaine de la Santé. Pandémie de COVID-19 dans la Région des Amériques [Internet]. 58<sup>e</sup> Conseil directeur de l'OPS, 72<sup>e</sup> session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques; 28 et 29 septembre 2020 ; session virtuelle. Washington, DC : OPS ; 2020 (document CD58/6) [consulté le 20 avril 2021]. Disponible sur : <https://www.paho.org/fr/documents/cd586-pandemie-covid-19-dans-region-des-ameriques>.
6. Organisation panaméricaine de la Santé. Plan d'action pour la réduction des risques liés aux catastrophes 2016-2021 [Internet]. 55<sup>e</sup> Conseil directeur de l'OPS, 68<sup>e</sup> session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 26 au 30 septembre 2016 ; Washington, DC. Washington, DC : OPS ; 2016 (document CD55/17, Rev. 1) [consulté le 20 avril 2021]. Disponible sur : <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/31424/CD55-17,Rev.1f.pdf?s>.
7. Organisation panaméricaine de la Santé. Mise en oeuvre du règlement sanitaire international (RSI) [Internet]. 55<sup>e</sup> Conseil directeur de l'OPS, 68<sup>e</sup> session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 26 au 30 septembre 2016 ; Washington, DC. Washington, DC : OPS ; 2016 (document CD55/12, Rev. 1) [consulté le 20 avril 2021]. Disponible sur : <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/31441/CD55-12,Rev.1-f.pdf>.
8. Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé. Strengthening health systems resilience: key concepts and strategies. Note d'orientation 36. Copenhague : Bureau régional de l'OMS pour l'Europe ; 2020 [consulté le 20 avril 2021]. Disponible en anglais sur : <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332441/Policy-brief%2036-1997-8073-eng.pdf>.
9. Organisation panaméricaine de la Santé. PAHO Daily COVID-19 Update : 31 May, 2021. Washington, DC : OPS ; 2021 [consulté le 31 mai 2021] Disponible en anglais sur : <https://www.paho.org/en/covid-19-global-and-regional-daily-update>.
10. Organisation mondiale de la Santé. World health statistics 2020: monitoring health for the SDGs. Genève : OMS ; 2020 [consulté le 20 avril 2021]. Disponible en anglais sur : <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332070/9789240005105-eng.pdf>.
11. Valentine N. Extent, scope and impacts of COVID-19 on health inequities: the evidence [Internet]. Genève : OMS ; 2020 [consulté le 20 avril 2021]. Disponible sur : [https://www.who.int/docs/default-source/documents/social-determinants-of-health/overview---covid-19-impacts-\(nicole-valentine\).pdf](https://www.who.int/docs/default-source/documents/social-determinants-of-health/overview---covid-19-impacts-(nicole-valentine).pdf).

12. Bambra C, Riordan R, Ford J, Matthews F. The COVID-19 pandemic and health inequalities. *J Epidemiol Community Health* 2020;74(11):964-968. Disponible en anglais sur : <https://jech.bmj.com/content/74/11/964>.
13. Organisation panaméricaine de la Santé. La Santé dans les Amériques + : édition 2017. Washington, DC : OPS ; 2017 [consulté le 20 avril 2021]. Disponible en anglais sur : <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/>.
14. Organisation de coopération et de développement économiques. The territorial impact of COVID-19: Managing the crisis across levels of government [Internet]. Paris : OCDE ; 2020 [consulté le 20 avril 2021]. Disponible en anglais sur : <https://www.oecd.org/coronavirus/policy-responses/the-territorial-impact-of-covid-19-managing-the-crisis-across-levels-of-government-d3e314e1/>.
15. Houghton N, Bascolo E, Del Riego A. Socioeconomic inequalities in access barriers to seeking health services in four Latin American countries. *Rev Panam Salud Publica* 2020;44:e11. Disponible en anglais sur : <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.11>.
16. Báscolo E, Houghton N, Del Riego A. Leveraging household survey data to measure barriers to health services access in the Americas. *Rev Panam Salud Publica* 2020;44:e100. Disponible en anglais sur : <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52572>.
17. Organisation de coopération et de développement économiques. Revenue statistics in Latin America and the Caribbean 2020. Paris : OCDE ; 2020. Disponible sur : <https://doi.org/10.1787/68739b9b-en-es>.
18. Organisation de coopération et de développement économiques. Panorama de la santé 2019 : indicateurs de l'OCDE. Paris : OCDE ; 2019. Disponible sur : [https://www.oecd-ilibrary.org/fr/social-issues-migration-health/panorama-de-la-sante\\_19991320](https://www.oecd-ilibrary.org/fr/social-issues-migration-health/panorama-de-la-sante_19991320).
19. Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes et Organisation panaméricaine de la Santé. Health and the economy: a convergence needed to address COVID-19 and retake the path of sustainable development in Latin America and the Caribbean. Washington, DC : CEPALC/OPS ; 2020. Disponible en anglais sur : <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52535>.
20. Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes. Preliminary overview of the economies of Latin America and the Caribbean. Santiago : CEPALC ; 2021. Disponible en anglais sur : <https://www.cepal.org/en/publications/type/preliminary-overview-economies-latin-america-and-caribbean>.

21. Organisation des Nations Unies. Situation et perspectives de l'économie mondiale de mi-2021. New York : ONU ; 2021. Disponible sur : <https://www.un.org/development/desa/dpad/publication/situation-et-perspectives-de-leconomie-mondiale-de-mi-2021/>.
22. Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes. Political and social compacts for equality and sustainable development in Latin America and the Caribbean in the post-COVID-19 recovery. Santiago : CEPALC ; 2020. Disponible en anglais sur : [https://www.cepal.org/sites/default/files/publication/files/46146/S2000672\\_en.pdf](https://www.cepal.org/sites/default/files/publication/files/46146/S2000672_en.pdf).
23. Banque mondiale. The cost of staying healthy: semiannual report of the Latin America and Caribbean region. Washington, DC : Banque mondiale ; 2020 [consulté le 20 avril 2021]. Disponible en anglais sur : <https://elibrary.worldbank.org/doi/abs/10.1596/978-1-4648-1650-5>.
24. Gupta N, Balcom SA, Gulliver A, Witherspoon RL. Health workforce surge capacity during the COVID-19 pandemic and other global respiratory disease outbreaks: a systematic review of health system requirements and responses. Int J Health Plan Manage 2021;36(S1):26-41. Disponible en anglais sur : <http://dx.doi.org/10.1002/hpm.3137>.
25. Organisation panaméricaine de la Santé. Stratégie en matière de ressources humaines pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle [Internet]. 29<sup>e</sup> Conférence sanitaire panaméricaine, 69<sup>e</sup> session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques; du 25 au 29 septembre 2017 ; Washington, DC. Washington, DC : OPS ; 2017 (document CSP29/10) [consulté le 20 avril 2021]. Disponible sur : <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34964/CSP29-10-f.pdf>.
26. Organisation mondiale de la Santé. Riposte à la COVID-19. 73<sup>e</sup> Assemblée mondiale de la Santé ; 19 mai 2020. Genève : OMS ; 2020 (document WHA73.1) [consulté le 20 avril 2021]. Disponible sur : [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA73/A73\\_R1-fr.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA73/A73_R1-fr.pdf).
27. Organisation panaméricaine de la Santé. Universal health in the 21st century: 40 years of Alma-Ata. Report of the High-level Commission. Washington, DC : OPS ; 2019 [consulté le 20 avril 2021]. Disponible en anglais sur : <https://www.paho.org/en/documents/universal-health-21st-century-40-years-alma-ata-report-high-level-commission-revised>.
28. Organisation panaméricaine de la Santé. Compact 30.30.30: PHC for universal health. Washington, DC: PAHO; 2019. Washington, DC : OPS ; 2019 [consulté le 20 avril 2021]. Disponible en anglais sur : [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=15470:compact-30-30-30-phc-for-universal-health&Itemid=39594&lang=en](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=15470:compact-30-30-30-phc-for-universal-health&Itemid=39594&lang=en).

29. Organisation panaméricaine de la Santé. The essential public health functions in the Americas: a renewal for the 21st century: conceptual framework and description. Washington, DC : OPS ; 2020 [consulté le 20 avril 2021]. Disponible en anglais sur : <https://iris.paho.org/handle/10665.2/53124>.
30. Groupe indépendant sur la préparation et la riposte à la pandémie. COVID-19 : faites en sorte que ce soit la dernière pandémie. Synthèse. 2021 [consulté le 12 mai 2021]. Disponible sur : [https://theindependentpanel.org/wp-content/uploads/2021/05/SummaryDoc\\_French\\_FINAL.pdf](https://theindependentpanel.org/wp-content/uploads/2021/05/SummaryDoc_French_FINAL.pdf).
31. Organisation mondiale de la Santé. Rapport du Comité d'examen sur le fonctionnement du Règlement sanitaire international (2005) pendant la riposte à la COVID-19. 74<sup>e</sup> Assemblée mondiale de la Santé; du 24 au 1<sup>er</sup> juin 2021; Genève (document A74/9, Add. 1). Genève : OMS ; 2021 [consulté le 20 avril 2021]. Disponible sur : [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA74/A74\\_9Add1-fr.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA74/A74_9Add1-fr.pdf).
32. Organisation mondiale de la Santé. Second round of the national pulse survey on continuity of essential health services during the COVID-19 pandemic: January-March 2021: interim report. Genève : OMS ; 2021 [consulté le 20 avril 2021]. Disponible en anglais sur : <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-EHS-continuity-survey-2021.1>.
33. Organisation panaméricaine de la Santé. Programme d'action sanitaire durable pour les Amériques 2018-2030 [Internet]. 29<sup>e</sup> Conférence sanitaire panaméricaine, 69<sup>e</sup> session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 25 au 29 septembre 2017 ; Washington, DC. Washington, DC : OPS ; 2017 (document CSP29/6, Rev. 3) [consulté le 20 avril 2021]. Disponible sur : <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49171/CSP296-fre.pdf>.
34. Organisation panaméricaine de la Santé. Considerations for strengthening the first level of care in the management of the COVID-19 pandemic. Washington, DC : OPS ; 2021 [consulté le 20 avril 2021]. Disponible en anglais sur : <https://iris.paho.org/handle/10665.2/53190>.
35. Organisation panaméricaine de la Santé. Recommendations to adapt and strengthen response capacity at the first level of care during the COVID-19 pandemic. Washington, DC : OPS ; 2020 [consulté le 20 avril 2021]. Disponible en anglais sur : <https://iris.paho.org/handle/10665.2/53188>.



Organisation  
panaméricaine  
de la Santé



Organisation  
mondiale de la Santé  
BUREAU RÉGIONAL DES  
Amériques

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

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

*Session virtuelle, du 20 au 24 septembre 2021*

---

CD59/11  
Annexe A  
Original : anglais

#### ***PROJET DE RÉSOLUTION***

#### **STRATÉGIE VISANT À DÉVELOPPER DES SYSTÈMES DE SANTÉ RÉSILIENTS ET UN RÉTABLISSEMENT SUITE À LA PANDÉMIE DE COVID-19 POUR ASSURER LA DURABILITÉ ET LA PROTECTION DES ACQUIS DE SANTÉ PUBLIQUE**

##### ***LE 59<sup>e</sup> CONSEIL DIRECTEUR,***

(PP1) Ayant examiné la *Stratégie visant à développer des systèmes de santé résilients et un rétablissement suite à la pandémie de COVID-19 pour assurer la durabilité et la protection des acquis de santé publique* (document CD59/11) ;

(PP2) Reconnaissant que la pandémie de COVID-19 a eu un impact significatif sur la santé, sur les vies et sur les moyens de subsistance dans la Région des Amériques ;

(PP3) Considérant que les États Membres doivent prendre des mesures pour remédier aux insuffisances systémiques et structurelles des systèmes de santé et de la préparation et la riposte en cas d'urgence mises en évidence par la pandémie, et conscient des avantages potentiels de l'adoption et de la consolidation rapides des innovations observée au sein des systèmes de santé pendant la riposte à la pandémie ;

(PP4) Notant qu'il est urgent de renforcer la résilience de systèmes de santé qui abordent pleinement les déterminants sociaux, environnementaux et économiques de la santé et d'investir dans cette dernière afin de protéger, promouvoir et maintenir la santé, de faire progresser le développement social et économique, et d'accélérer la récupération des acquis de santé publique perdus,

---

**DÉCIDE :**

(OP)1. D'approuver la *Stratégie visant à développer des systèmes de santé résilients et un rétablissement suite à la pandémie de COVID-19 pour assurer la durabilité et la protection des acquis de santé publique* (document CD59/11),

(OP)2. De prier instamment les États Membres, tout en tenant compte de leurs contextes, de leurs besoins, de leurs vulnérabilités et de leurs priorités :

- a) de renforcer le leadership, la gouvernance et la gestion stratégique pour mettre en œuvre les axes stratégiques d'intervention de la stratégie visant à développer des systèmes de santé résilients ;
- b) de progresser dans la transformation des systèmes de santé selon l'approche fondée sur les soins de santé primaires, la participation sociale inclusive et une approche pangouvernementale et pansociétale, en prévoyant une action intersectorielle pour s'attaquer aux déterminants sociaux, environnementaux et économiques de la santé ;
- c) d'évaluer les capacités institutionnelles des autorités sanitaires à remplir les fonctions essentielles de santé publique et à élaborer des plans d'action sectoriels et intersectoriels pour renforcer ces fonctions, en les intégrant au cycle politique et budgétaire de chaque pays ;
- d) de renforcer et d'élargir les capacités des réseaux de prestation de services de santé afin d'améliorer l'accès et de dépasser la fragmentation, notamment les capacités de gestion et de coordination des réseaux, de planification et de gestion des ressources humaines, de transformation numérique et de renforcement des systèmes d'information pour la santé, de mise à disposition et de gestion des fournitures et des médicaments essentiels et d'autres technologies et infrastructures de santé, de participation des communautés et d'élaboration de plans de riposte adaptables ;
- e) d'accroître et de maintenir les investissements publics en matière de santé pour appuyer la transformation et le renforcement des systèmes de santé en vue de la concrétisation de la santé universelle, en accordant l'attention voulue au développement des capacités de mise en œuvre des fonctions essentielles de santé publique, notamment le respect du Règlement sanitaire international, et de donner la priorité aux investissements dans le premier niveau de soins afin d'appuyer la prestation de services de santé complets (des personnes et des populations).

(OP)3. De demander à la Directrice :

- a) de fournir une coopération technique aux États Membres pour renforcer les capacités contribuant à la mise en œuvre de la stratégie visant à développer des systèmes de santé résilients ;

- b) d'exercer un leadership pour promouvoir la coopération et le dialogue régionaux dans le domaine de la santé et favoriser la coopération entre les pays et le partage des connaissances et des expériences ;
- c) de faire un rapport périodique aux Organes directeurs de l'Organisation panaméricaine de la Santé sur les progrès accomplis et les défis rencontrés dans la mise en œuvre de cette stratégie, sous la forme d'un rapport d'avancement à mi-parcours en 2026 et d'un rapport final en 2032.



## Rapport sur les incidences financières et administratives qu'aura pour le BSP le projet de résolution

1. **Point de l'ordre du jour** : 4.8 *Stratégie visant à développer des systèmes de santé résilients et un rétablissement suite à la pandémie de COVID-19 pour assurer la durabilité et la protection des acquis de santé publique*

2. **Liens avec le [Budget programme de l'Organisation panaméricaine de la Santé 2020-2021](#)** :

*Résultat intermédiaire 1* : Capacité de réponse accrue des réseaux intégrés de services de santé (IHSN), en mettant l'accent sur le premier niveau de soins, afin d'améliorer l'accès à des services de santé complets et de qualité qui sont équitables, sensibles à la dimension de genre et à la culture, fondés sur les droits, axés sur les personnes, la famille et la communauté, en vue d'une santé universelle

*Résultat intermédiaire 7* : Disponibilité et répartition adéquates d'un personnel de santé compétent

*Résultat intermédiaire 8* : Accès équitable accru aux médicaments essentiels, aux vaccins et aux autres technologies de la santé qui sont sûrs, abordables, cliniquement efficaces, rentables et de qualité assurée, et utilisation rationnelle des médicaments, avec des systèmes de réglementation renforcés qui contribuent à réaliser l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle

*Résultat intermédiaire 9* : Renforcement du rôle directeur et de la gouvernance des autorités sanitaires nationales, leur permettant de diriger la transformation des systèmes de santé et de mettre en œuvre les fonctions essentielles de santé publique pour la santé universelle

*Résultat intermédiaire 10* : Augmentation et amélioration du financement public durable pour la santé, dans un souci d'équité et d'efficacité

*Résultat intermédiaire 23* : Renforcement des capacités des pays en matière de gestion des urgences sanitaires et des risques de catastrophe, quel que soit le danger, pour un secteur de la santé résilient face aux catastrophes

*Résultat intermédiaire 24* : Renforcement des capacités des pays en matière de prévention et de lutte contre les épidémies et les pandémies causées par des agents pathogènes à fort impact ou ayant des conséquences importantes

**3. Incidences financières**

- a) **Coût estimatif total de la mise en œuvre de la résolution sur toute sa durée (activités et personnel compris) :**

Domaines	Coût estimatif (en US\$)
Ressources humaines	6 062 500
Formation	1 212 500
Contrats de consultants/services	2 425 000
Déplacements et réunions	1 212 500
Publications	250 000
Fournitures et autres dépenses	1 188 250
<b>Total</b>	<b>12 350 750</b>

- b) **Coût estimatif pour l'exercice 2020-2021 (activités et personnel compris) :**

Domaines	Coût estimatif (en US\$)
Ressources humaines	606 250
Formation	121 250
Contrats de consultants/services	242 500
Déplacements et réunions	121 250
Publications	25 000
Fournitures et autres dépenses	118 825
<b>Total</b>	<b>1 235 075</b>

- c) **Sur le coût estimatif indiqué au point b), quel montant peut être inclus dans les activités programmées existantes ?** Tous les coûts peuvent être inclus dans ceux des activités programmées existantes.

**4. Incidences administratives :**

- a) **Indiquer les niveaux de l'Organisation où les activités seront exécutées :**  
Tous les niveaux de l'Organisation participeront à ces activités.
- b) **Besoins supplémentaires de dotations en personnel (indiquer le personnel supplémentaire à plein temps nécessaire, en précisant les qualifications requises) :**  
Aucun personnel supplémentaire n'est nécessaire.
- c) **Calendriers (indiquer des calendriers approximatifs pour la mise en œuvre et l'évaluation) :** 10 ans, avec un examen à mi-parcours en 2026 et un rapport final en 2032.



## Formulaire analytique visant à lier un point de l'ordre du jour aux missions de l'Organisation

1. **Point de l'ordre du jour** : 4.8 *Stratégie visant à développer des systèmes de santé résilients et un rétablissement suite à la pandémie de COVID-19 pour assurer la durabilité et la protection des acquis de santé publique*
2. **Unité responsable** : Systèmes et services de santé (HSS) et Urgences sanitaires (PHE)
3. **Fonctionnaire chargé de la préparation** : Dr James Fitzgerald
4. **Liens entre ce point de l'ordre du jour et le [Programme d'action sanitaire durable pour les Amériques 2018-2030](#)** :
  - Objectif 1* : élargir l'accès équitable à des services de santé complets, intégrés, de qualité, axés sur la personne, la famille et la communauté, avec un accent particulier sur la promotion de la santé et la prévention des maladies
  - Objectif 2* : Renforcer le rôle directeur et la gouvernance de l'autorité sanitaire nationale, tout en encourageant la participation sociale
  - Objectif 3* : Renforcer la gestion et le perfectionnement des ressources humaines pour la santé avec des compétences facilitant une approche intégrale de la santé
  - Objectif 4* : Parvenir à un financement adéquat et durable de la santé, avec équité et efficacité, et progresser vers la protection contre les risques financiers pour toutes les personnes et leur famille
  - Objectif 5* : garantir l'accès aux médicaments et aux vaccins essentiels, et à d'autres technologies sanitaires prioritaires, selon les données scientifiques disponibles et le contexte national
  - Objectif 8* : renforcer les capacités nationales et régionales pour la préparation aux flambées de maladie, aux urgences et aux catastrophes qui affectent la santé de la population, les prévenir, les détecter, les surveiller et y riposter
5. **Liens entre ce point de l'ordre du jour et le [Plan stratégique de l'Organisation panaméricaine de la Santé 2020-2025](#)** :
  - Résultat intermédiaire 1* : Capacité de réponse accrue des réseaux intégrés de services de santé (IHSN), en mettant l'accent sur le premier niveau de soins, afin d'améliorer l'accès à des services de santé complets et de qualité qui sont équitables, sensibles à la dimension de genre et à la culture, fondés sur les droits, axés sur les personnes, la famille et la communauté, en vue d'une santé universelle
  - Résultat intermédiaire 7* : Disponibilité et répartition adéquates d'un personnel de santé compétent
  - Résultat intermédiaire 8* : Accès équitable accru aux médicaments essentiels, aux vaccins et aux autres technologies de la santé qui sont sûrs, abordables, cliniquement efficaces, rentables et de qualité

assurée, et utilisation rationnelle des médicaments, avec des systèmes de réglementation renforcés qui contribuent à réaliser l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle

*Résultat intermédiaire 9* : Renforcement du rôle directeur et de la gouvernance des autorités sanitaires nationales, leur permettant de diriger la transformation des systèmes de santé et de mettre en œuvre les fonctions essentielles de santé publique pour la santé universelle

*Résultat intermédiaire 10* : Augmentation et amélioration du financement public durable pour la santé, dans un souci d'équité et d'efficacité

*Résultat intermédiaire 23* : Renforcement des capacités des pays en matière de gestion des urgences sanitaires et des risques de catastrophe, quel que soit le danger, pour un secteur de la santé résilient face aux catastrophes

*Résultat intermédiaire 24* : Renforcement des capacités des pays en matière de prévention et de lutte contre les épidémies et les pandémies causées par des agents pathogènes à fort impact ou ayant des conséquences importantes

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

- Centre d'épidémiologie et de politique sanitaire, Faculté de médecine, Université del Desarrollo, Chili
- Équipe des programmes et partenariats, Branche de la sécurité sanitaire mondiale, Division de la protection sanitaire mondiale, Centre pour la santé mondiale, Centres pour le contrôle et la prévention des maladies (CDC), États-Unis d'Amérique
- Département de la planification et de l'administration de la santé (DPAS), Institut de médecine sociale (IMS), Université de l'État de Rio de Janeiro, Brésil
- Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP), Canada
- Département de médecine familiale et communautaire, Université de Toronto, Canada
- Institut de recherche Bruyère, Canada
- Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), Secrétariat à la Santé, Mexique
- HEU, Centre pour l'économie de la santé, Département de l'économie de la santé, Université des Indes Occidentales à Saint-Augustine, Trinité-et-Tobago

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

- Organisation panaméricaine de la Santé. Résilience des systèmes de santé : rapport d'avancement. Washington, DC : OPS ; 2020 (document CD58/INF/14). Disponible sur : <https://www.paho.org/fr/documents/cd58inf14-rapports-davancement-sur-les-questions-techniques-resilience-des-systemes-sante>.
- Organisation panaméricaine de la Santé. Mise en œuvre du Règlement sanitaire international (RSI) [Internet]. Washington, DC : OPS ; 2020 (document CD58/INF/1). Disponible sur : <https://www.paho.org/fr/documents/cd58inf1-mise-oeuvre-du-reglement-sanitaire-international>.

---