



ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ  
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ



## 26<sup>e</sup> CONFÉRENCE SANITAIRE PANAMÉRICAINNE 54<sup>e</sup> SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL

Washington, D.C., E-U A, 23-27 septembre 2002

*Point 4.7 de l'ordre du jour provisoire*

CSP26/12 (Fr.)

16 juillet 2002

ORIGINAL : ESPAGNOL

### **ÉLARGISSEMENT DE LA PROTECTION SOCIALE EN SANTÉ : INITIATIVE CONJOINTE DE L'ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ ET DE L'ORGANISATION INTERNATIONALE DU TRAVAIL**

L'élargissement de la protection sociale en santé (EPSS) est un outil de politique publique puissant, destiné à lutter contre l'exclusion en santé. En Amérique latine et dans les Caraïbes, quelque 100 millions de personnes ne sont pas couvertes par les systèmes de santé existants et quelque 240 millions de personnes ne sont pas protégées par des systèmes de sécurité sociale ni des assurances de santé privées.

L'EPSS est la garantie que la société offre, par le biais des pouvoirs publics, à un individu ou à un groupe d'individus de pouvoir satisfaire ses besoins et ses exigences en matière de santé, grâce à l'accès aux services du système ou d'un des sous-systèmes de santé du pays, sans que la capacité de paiement ne soit un facteur qui l'en empêche. L'analyse des expériences réalisées jusqu'à présent indique que les interventions les plus efficaces pour combattre l'exclusion sont multiples et doivent s'articuler selon des critères de durabilité financière, de soutien solidaire et dans le cadre d'un modèle cohérent de soins.

À partir de 1999, l'OPS et l'OIT ont commencé à travailler dans cette optique et ont souscrit un mémorandum d'entente. A ce titre, les organisations se sont engagées à mettre sur pied à moyen terme une initiative régionale destinée à promouvoir et établir un processus systématique d'analyse, de diagnostic et d'identification de solutions ainsi que des actions pertinentes visant à appuyer les pays membres dans leurs efforts pour réduire l'exclusion en santé ainsi que pour renforcer les compétences des institutions des pays membres afin d'élargir la protection sociale en matière de santé.

La proposition comporte un volet régional de développement de méthodologie et d'instruments, de formation, de recherche, d'échange des expériences et de recommandations des pratiques réussies. De même, elle envisage un volet au niveau des pays destiné à soutenir cette cause, à accompagner le dialogue social et à soutenir la mise en pratique des plans nationaux issus de ce processus. Les principales caractéristiques de cette initiative sont présentées dans ce document dans le double but d'informer la Conférence sanitaire panaméricaine et d'en recevoir des commentaires et suggestions.

Le Comité exécutif a approuvé la résolution CE130.R9 pour la soumettre à la considération de la Conférence sanitaire panaméricaine.

## TABLE DES MATIÈRES

	<i>Page</i>
1. Introduction .....	3
2. Le concept d'élargissement de la protection sociale en santé .....	4
3. L'exclusion en santé : son ampleur et les difficultés pour la mesurer .....	5
4. L'élargissement de la protection sociale en santé et les systèmes de santé .....	6
5. Causes de l'exclusion .....	7
5.1 Première dimension : les problèmes d'accès .....	8
5.2 Deuxième dimension : les problèmes en matière de financement. ....	8
5.3 Troisième dimension : la dignité des soins. ....	9
6. Stratégies pour l'élargissement de la protection sociale en santé .....	9
6.1 Examen des interventions passées .....	9
6.2 Stratégies proposées .....	11
6.3 Économie politique de l'EPSS .....	13
7. La réponse conjointe de l'OIT et de l'OPS pour soutenir les États membres dans l'EPSS .....	14
7.1 Objectif.....	14
7.2 Visée.....	14
7.3 Résultats escomptés .....	15
7.4 Stratégie proposée .....	15
7.5 Activités principales.....	16
7.6 Budget .....	17
8. Mesures à prendre par la Conférence sanitaire panaméricaine .....	18

Annexe : résolution CE130.R9

## 1. Introduction

Malgré les réformes faites aux systèmes de santé au cours des quinze dernières années, aujourd'hui, un pourcentage élevé des habitants des pays de l'Amérique latine et des Caraïbes est exclu des mécanismes de protection sociale en cas de maladie. Cependant, l'exclusion de la protection sociale en santé fait rarement partie des priorités des programmes nationaux et internationaux en matière de politique sociale et des programmes en matière de santé des pays de la Région. Les réformes sectorielles de santé n'ont abordé cette question que de manière indirecte et fragmentaire.

Les stratégies qui visent à éliminer l'exclusion en santé sont un ensemble des interventions du secteur public connu comme « élargissement de la protection sociale en santé » (EPSS). L'EPSS non seulement comprend des stratégies visant à inclure les exclus, mais aussi les stratégies destinées à améliorer les conditions d'accès à la santé pour ceux qui, même s'ils bénéficient d'un système de protection sociale, ils sont assurés d'une manière incomplète ou inadéquate.

La lutte contre l'exclusion en santé par le biais de l'EPSS s'insère dans le cadre des mandats de l'Organisation internationale du travail (OIT) et de l'OPS/OMS. Le but de l'OIT est de promouvoir l'accès des hommes et des femmes à des emplois décent et productifs, dans un environnement de liberté, d'équité, de sécurité et de dignité humaine. Une des manières d'atteindre le but cherché, à savoir l'obtention d'un emploi décent est d'améliorer la couverture et l'efficacité de la protection sociale pour tous, y compris la protection sociale en santé. Pour l'OPS/OMS, la lutte contre l'exclusion en santé est directement liée à son mandat de réduire les inégalités en matière d'accès aux services de santé et de leur financement. Cette lutte s'inscrit dans les tâches que l'Organisation a définies comme étant prioritaires pour l'accès universel aux services visant à garantir la santé pour tous.

Pour répondre au besoin d'élargir la protection sociale en santé dans les Amériques, l'OIT et l'OPS ont lancé en 1999 une initiative régionale visant à soutenir les efforts des États membres. Cette même année, un mémorandum d'entente a été signé entre les deux organisations, qui établit un cadre de coopération pour formuler et exécuter une initiative conjointe visant à promouvoir l'élargissement de la protection sociale en santé en Amérique latine et dans les Caraïbes.

En novembre 1999, l'OIT et l'OPS, ont organisé à Mexico une réunion régionale tripartite (gouvernements, employeurs et employés), sur l'Élargissement de la protection sociale en santé aux groupes exclus en Amérique latine et dans les Caraïbes. La réunion, qui a réuni les intervenants clés, avait pour but de soutenir les pays dans leurs efforts pour élargir la sécurité sociale des soins de santé au secteur informel de l'économie et aux populations exclues.

Sur la base de recommandations faites lors de cette réunion, l'OIT et l'OPS se sont engagées à mettre sur pied une initiative régionale visant à susciter et à mettre en place un processus systématique d'analyse, de diagnostic, d'identification de solutions et mise en pratique d'actions pertinentes visant à réduire l'exclusion en santé dans les pays de la Région et à renforcer les capacités institutionnelles des pays membres pour élargir la protection sociale en santé.

## **2. Le concept d'élargissement de la protection sociale en santé**

Les stratégies de protection sociale en santé destinées à éliminer l'exclusion en santé consistent en des interventions publiques afin de garantir l'accès des citoyens à des soins de santé dignes et efficaces et diminuer l'impact économique et social négatif d'événements individuels, comme des maladies ou le chômage, ou collectifs, comme les désastres naturels, sur la population ou sur les groupes sociaux les plus vulnérables. Dans ce contexte, la protection sociale en santé peut être définie comme la garantie accordée par la société par le biais des pouvoirs publics pour qu'une personne ou un groupe de personnes soit en mesure de subvenir à ses besoins en santé, en ayant un accès adéquat aux services du système ou d'un des sous-systèmes de santé existants dans le pays, sans que la capacité de paiement ne l'en empêche. Les groupes de la société qui ne peuvent pas bénéficier de cette garantie sont des exclus de la santé.

L'EPSS dispose de mécanismes destinés à garantir l'accès de la population à la protection et aux soins de santé grâce à des ressources provenant de différentes origines, et non seulement de l'État, afin de garantir les soins de santé par le biais de prestation de services publics. Ainsi, la protection sociale est la garantie de l'Etat d'un droit exigible par les citoyens, et non pas une assistance qui pourrait être administrée selon des critères discrétionnaires.

L'EPSS doit remplir trois conditions afin de garantir :

- *L'accès aux services* : l'existence d'une offre de services en santé et l'accès tant matériel qu'économique à ces services;
- *Sécurité financière du foyer* : que le financement des services de santé ne soit pas une menace à la stabilité économique des familles ni à l'épanouissement de leurs membres;
- *Dignité des soins* : que les soins en santé soient de qualité et respectueux de la race, de la culture et des conditions économiques des usagers, telles que définies par un processus de dialogue social.

Ces trois dimensions sont indispensables, et l'absence d'au moins l'une d'entre elles implique une exclusion en santé.

La pauvreté est une des causes les plus importantes de l'exclusion en santé. Même si ces deux phénomènes ne sont pas identiques, ils se superposent. En l'absence de système de protection sociale, la pauvreté non seulement empêche l'accès à des services de soins très coûteux, mais en plus expose les gens à vivre et à travailler dans des environnements où les risques de maladies ou de mort sont plus élevés. Ces risques sont directement liés, entre autres, à une faible disponibilité et qualité des aliments, et à l'absence de logement adéquat qui se traduit par la promiscuité et le manque d'espaces de loisir. Les maladies transmissibles sont plus fréquentes chez les pauvres. Les maladies et les lésions ont des coûts directs (en prévention, guérison, et traitement) et des coûts indirects (perte de journées de travail ou d'école) qui dépendent de la durée et la gravité de la incapacité et qui, souvent, aggravent la condition de pauvreté.

La pauvreté a des effets encore plus dévastateurs chez les personnes : elle réduit les ainsi nommées « capacités de base pour le fonctionnement des personnes »; détériore la qualité de vie, diminue l'espérance de vie, et entraîne le « cercle vicieux de l'exclusion »: famille pauvre, éducation non terminée, chômage, pauvreté. Ce cercle vicieux entre en interaction avec d'autres cercles vicieux comme le manque d'accès aux services de base, les maladies, les difficultés au travail ou le décrochage scolaire; ou celui de la délinquance, de l'impossibilité de trouver un emploi, de la récidive et de la marginalité. Ce qui aggrave et perpétue la situation d'exclusion en santé.

L'EPSS devient donc un outil indispensable à la lutte contre la pauvreté et à une plus grande cohésion sociale dans les pays membres. Il constitue non seulement un axe de politique sociale d'inclusion, mais il se traduit également en un salaire social qui va donner plus de sécurité sociale en santé et améliorer les conditions de vie. L'amélioration de l'accès aux services de santé permet aux membres de la famille d'être en meilleure santé et ainsi de pouvoir se consacrer au travail productif qui leur donne la possibilité de sortir de la pauvreté.

### **3. L'exclusion en santé : son ampleur et les difficultés pour la mesurer**

Mesurer l'exclusion en santé est une activité complexe car il s'agit d'un problème aux causes multiples. Aucune des différentes façons de mesurer l'exclusion ne tient compte de toute l'ampleur du phénomène. L'exclusion peut être mesurée directement par des enquêtes de population; cependant, celles-ci tendent à négliger une partie de la population exclue (comme la population rurale, pauvre ou qui habite dans des endroits dont l'accès est difficile) ou n'étudient pas de façon adéquate toutes les dimensions de la question. C'est pourquoi, normalement, des mesures indirectes sont employées, basées

sur les causes de l'exclusion. Le tableau ci-dessous présente quelques indicateurs employés pour mesurer l'exclusion en santé.

**Tableau 1. Niveaux d'exclusion de la protection sociale en santé en Amérique latine et dans les Caraïbes**

<b>Indicateur</b>	<b>Année de référence</b>	<b>Calcul des exclus (%)</b>	<b>Population exclue (en milliers)</b>
<b>Couverture</b>			
Population sans assurance maladie	1995	46,0	217 779
<b>Accès</b>			
Aspect économique	1989 – 1994	27,0	121 245
Aspect géographique	1995	22,0	107 013
<b>Infrastructure</b>			
Manque de lits dans les hôpitaux	1996	55,3	267 537
<b>Soins</b>			
Accouchements sans l'intervention de personnel qualifié	1996	17,0	83 558

Source : *Niveles de exclusión de la protección social en salud en América Latina y el Caribe*, OIT/OPS, México, 1999.

Ces données sont des estimations globales et permettent de se faire une idée de l'ampleur de l'exclusion dans la Région en termes généraux. Cependant, ces données ne mettent pas en évidence les énormes différences entre les pays ni à l'intérieur de chaque pays. Ces données ne reflètent pas non plus l'exclusion pour des raisons culturelles, d'emploi ou due à des facteurs associés à la qualité de vie, au sexe ou à l'âge. Selon ces estimations, près de 20 % à 25 % de la population totale de la Région (de 100 à 150 millions de personnes) est exclue des soins de santé.

#### **4. L'élargissement de protection sociale en santé et les systèmes de santé**

La prestation de services est le domaine dans lequel intervient la satisfaction des demandes de santé de la population. Cependant, le réseau de prestation de services n'est que la partie la plus visible d'un ensemble complexe d'institutions, de normes et de valeurs liées à la gestion, au financement et à l'assurabilité, qui conditionnent le fonctionnement du réseau concerné. Autrement dit, l'organisation des systèmes de santé n'est pas neutre du point de vue de l'exclusion en santé, mais en constitue un élément déterminant.

Il existe quatre facteurs principaux liés à la diminution de la capacité de réponse des systèmes :

- a) **La segmentation** ou coexistence de sous-systèmes comprenant différents modes de financement, d'affiliation et de prestation, en général cloisonnés et couvrant différents segments de la population, déterminés en général par leurs revenus ou leur capacité de paiement. Normalement, le résultat est un sous-système public déficient dont la prestation de services est inadéquate, fréquenté par les pauvres et les indigents, et un secteur privé, avec plus de ressources et conçu selon la clientèle, concentré sur les segments les plus riches. Entre les deux se trouvent les systèmes d'assurance sociale des travailleurs formels et leurs familles. Ce type d'organisation produit et approfondit les inégalités de l'accès et du financement des services de santé.
- b) **La fragmentation** ou présence de plusieurs entités non intégrées à l'intérieur d'un même sous-système. Cette situation augmente les coûts de transaction dans tout le système et rend difficile la garantie de conditions de prestation de soins équivalents pour toutes les personnes affiliées aux différents sous-systèmes. La somme de la segmentation et de la fragmentation mène souvent à une double ou triple couverture au sein d'un même groupe familial, ce qui entraîne une répartition inefficace des ressources.
- c) **La prééminence du paiement direct** partiel ou total dans le lieu de prestation de soins ou lors de l'achat de médicaments. Une telle situation a une incidence sur la prestation de soins de santé car celle-ci dépendra de la capacité de paiement de chaque personne. Ce type de financement introduit un haut degré d'inégalité dans le système, et est donc considérée comme un manque de protection puisque les personnes sont obligées de faire de grandes dépenses.
- d) **Une gestion timide**, ou peu développée, qui empêche d'établir de règles du jeu justes pour l'utilisateur et le fournisseur de service, et qui ne dispose pas d'une bonne formulation concernant les ensembles de base de prestations garanties par les différentes assurances.

## 5. Causes de l'exclusion

En dépit du fait que, dans la majorité des pays de la Région, la législation en vigueur consacre le droit de tous les citoyens à une couverture de santé, dans la pratique il est loin d'en être ainsi. En Amérique latine et dans les Caraïbes, près de 218 millions de personnes manquent de protection contre les risques de maladie, alors que environ 107 millions n'ont pas d'accès aux services de santé pour des raisons géographiques.

L'exclusion en santé trouve son origine dans trois dimensions.

### **5.1 *Première dimension : les problèmes d'accès***

Ces problèmes sont de trois types :

- Accès insuffisant aux prestations associées à l'approvisionnement de biens publics (comme l'eau potable ou les vaccins);
- Accès insuffisant aux services individuels de soins de santé, en général, ou à certains d'entre eux en particulier;
- Accès insuffisant à un système de protection contre les risques économiques et sociaux des maladies.

Dans tous les cas, l'exclusion est associée à l'une des causes suivantes ou à toutes :

- Déficit d'infrastructure adéquate, en matière de fourniture de soins de santé individuelle ou collective (c'est-à-dire absence d'établissements de santé, couverture fonctionnelle de programmes de santé publique insuffisante);
- Existence d'obstacles qui empêchent l'accès aux soins de santé, même en présence d'une infrastructure adéquate. Ces obstacles peuvent être géographiques (transport, routes), économiques (incapacité de financer les soins de santé) ou culturels (modèles de soins inappropriés). Ils peuvent aussi être issus de la situation contractuelle ou d'emploi (chômage, emploi informel), ou de la structure des systèmes (les systèmes fortement segmentés révèlent les plus hauts degrés d'exclusion), ou du manque de modèles de soins fondés sur une approche interculturelle.

### **5.2 *Deuxième dimension : les problèmes en matière de financement***

Cette dimension a trait particulièrement à l'absence de mécanismes solidaires. La contribution des foyers pour avoir accès aux services de santé devrait constituer une proportion raisonnable de leurs revenus (qui évite l'appauvrissement ou l'indigence). En plus des considérations éthiques, le besoin de disposer d'un financement solidaire doit se fonder sur les preuves qui montrent que le coût des services constitue un obstacle à l'accès (en particulier, pour les plus pauvres), qu'il représente un coût trop élevé pour le maintien ou l'épanouissement de la famille (particulièrement afin d'éviter la pauvreté) et qu'il est hautement régressif (en ce sens que les plus pauvres se voient forcés de déboursier plus que les moins pauvres, étant donné l'absence d'un système de couverture adéquat).

### **5.3 *Troisième dimension : la dignité des soins***

Cette dernière dimension porte sur des aspects non associés à l'accès ni au financement, mais qui sont essentiels pour satisfaire les aspirations légitimes des membres de la société. Ces aspects comprennent, entre autres, le respect des traditions et des cultures des groupes sociaux à caractéristiques distinctes de celles de la majorité. En effet, cet aspect peut mener au phénomène d'auto exclusion, soit des personnes qui, ayant droit et accès à des services, choisissent de ne pas les utiliser pour ces raisons. D'autres aspects liés à cette dimension sont la langue, les croyances et le sentiment d'un traitement inhumain ou peu respectueux des patients.

## **6. *Stratégies pour l'élargissement de la protection sociale en santé***

### **6.1 *Révision des interventions passées***

L'information disponible montre que, en Amérique latine et dans les Caraïbes, des stratégies visant spécifiquement à réduire l'exclusion en santé n'ont pas été suffisamment mises en pratique. La décennie des années soixante-dix et la moitié des années quatre-vingt ont vu croître les politiques et les programmes d'élargissement de la couverture des services de santé, principalement dans les zones rurales marginales et particulièrement depuis la formulation de la Stratégie de soins primaires en santé et de la Réunion de Alma Ata en 1978. Les politiques déployées au cours des 15 à 20 dernières années dans la majorité des pays ont plutôt été orientées vers le contrôle des coûts et la diminution des dépenses en santé, à la suite des restrictions financières et budgétaires issues des crises économiques. En somme, les efforts ont surtout été destinés à quelques tâches ponctuelles et à l'accroissement de l'offre, et non pas à la définition de modèles d'assurance de santé garantis par le secteur public.

Néanmoins, les interventions effectuées ont en quelque sorte contribué à réduire l'exclusion; elles peuvent être classées en plusieurs catégories :

#### 6.1.1 *Expériences d'établissement de régimes spéciaux d'assurance sociale sans affectation budgétaire régulière*

Elles ont été pratiquées dans divers pays et étaient destinées à satisfaire les demandes des groupe spéciaux de population (les mères et les aînés) et des secteurs productifs (les cultivateurs de canne à sucre et de café) ou à des questions spécifiques définies comme prioritaires (soins maternels et infantiles). Ces expériences ont connu un certain succès à court terme du fait qu'elles ont réussi à incorporer les groupes exclus ciblés. Leur principale difficulté résidait dans leur caractère non durable, puisqu'elles étaient généralement financées par des ressources extraordinaires (telles des prêts des institutions financières internationales) et ne s'intégraient pas de manière adéquate aux autres activités sectorielles. Une fois la coopération financière terminée, elles sont généralement abandonnées ou démembrées du fait qu'une affectation budgétaire régulière n'assure pas leur avenir.

#### 6.1.2 *Programmes d'assurance volontaire avec subvention gouvernementale*

Ces programmes permettent que certains groupes exclus se transforment en ayant droit d'un programme de sécurité sociale sans avoir à remplir toutes les conditions d'affiliation. Dans ce sens, ils rompent avec une des caractéristiques d'exclusion des systèmes de sécurité sociale. Ces programmes apportent une solution à la population exclue, dans la mesure où les autorités publiques sont disposées à continuer de financer le système. Lorsque la fourniture de services à ce groupe est différente de celle des régimes normaux d'assurance sociale, le programme n'est pas équitable et les ayant droit le ressentent de cette manière.

#### 6.1.3 *Croissance limitée de l'offre*

Dans ce cas, il s'agit de prêter des services spécifiques à certains groupes ciblés. Un large éventail d'expériences réalisées sur le continent indique que cette modalité peut contribuer à donner accès aux services à une population qui en était exclue pour diverses raisons et obtenir du succès à court terme. Les principaux inconvénients de ce type de stratégie sont l'insécurité financière et le manque de cohérence avec les autres prestations de service. De plus, ces interventions sont généralement réalisées sans grand effort de consultation, et ne reflètent donc pas nécessairement les besoins réels ou sentis de la population ciblée.

#### 6.1.4 *Systèmes communautaires de protection sociale*

Leur caractéristique principale est la gestion directe par les usagers potentiels. Dans les Amériques, les expériences portent généralement sur des communautés se trouvant dans une situation d'exclusion telle qu'elles n'ont pas d'autre choix, vu

l'absence de mécanismes de protection sociale en santé. Pour réussir, ces systèmes exigent une intégration adéquate à l'ensemble des autres systèmes publics susceptibles d'acheter des services. Un autre problème est l'impact des maladies à coût élevé (par exemple, le SIDA) qui pourraient rapidement épuiser les réserves financières. Les succès observés dans la Région reflètent des situations dans lesquelles on a réussi à bien articuler ces systèmes avec les services publics et à combiner différentes sources de financement tout en respectant la participation communautaire dans la prise de décision.

#### 6.1.5 *Développement graduel de systèmes unifiés*

Ces systèmes combinent généralement un sous-système public auquel a droit à titre d'exclusivité, la majorité de la population et un sous-système privé complémentaire (assurances privées de santé) qui, en même temps, peut donner accès aux services du système public. Cette modalité combine diverses sources de financement (impôts généraux des trois niveaux de gouvernement, taxes spécialisés et contributions). Les principales limitations sont associées au manque de ressources et à la garantie d'accès aux niveaux les plus complexes des services de santé; ce qui justifie le besoin de mettre en marche la construction de réseaux intégrés de services aux niveaux régional et micro-régional. Un exemple de cette modalité est le Système unique de santé du Brésil.

## 6.2 *Stratégies proposées*

Une première conclusion des expériences décrites est que la réduction de l'exclusion en santé implique une approche qui permette de combiner plusieurs modalités d'intervention. Il faut donc travailler simultanément dans les domaines de la gestion, du financement, de l'assurabilité et de la prestation de services de santé, de manière à ce que les actions mises en œuvre dans chacun des domaines soient cohérentes et se renforcent réciproquement.

En ce qui concerne la **gestion**, la difficulté consiste à situer la question de l'élargissement de la protection sociale en santé au centre du programme politique gouvernemental et à faire participer tous les acteurs pertinents à la lutte contre l'exclusion en santé. En ce sens, inclure l'élargissement de la protection sociale en santé dans la fonction essentielle de santé publique, à savoir garantir l'accès aux services, est déterminant. Le suivi et l'évaluation périodiques de la façon dont cette fonction est remplie peuvent contribuer à la continuité des efforts destinés à réduire l'exclusion.

Dans le domaine du **financement**, le défi consiste à organiser solidairement les différentes sources de financement pour permettre de satisfaire les demandes de la population dans un cadre d'équité. En particulier, il est indispensable de garantir le financement solidaire et durable des services de santé tant personnels que collectifs. Bien que cette stratégie doive être conçue dans le cadre des politiques macro-économiques et

sociales de chaque pays, le mécanisme de fonds unifiés doté d'une réglementation publique, d'un contrôle social et de l'obligation de rendre compte des sources du financement (taxes, cotisations et autres) et de leur destination équitable, semble favoriser la durabilité financière, l'efficacité de la gestion et la réduction de l'exclusion sociale en santé.

Dans le domaine de l'**assurabilité** en santé, la difficulté est de trouver un bon équilibre entre les systèmes d'assurance obligatoire à financement public ou solidaire et ceux à financement privé. En particulier, il s'agit d'éviter les coûts de transaction ainsi que les risques d'inégalité issus des programmes segmentés, fragmentés et faiblement réglementés qui dominent aujourd'hui dans de nombreux pays de la Région.

Tout porte à croire que l'existence d'un assureur public dont la gestion est fondée sur la solidarité, l'efficacité, la transparence et l'obligation de rendre des comptes, et qui jouit d'une position dominante sur le marché des assurances, est un élément de poids pour ordonner le marché des assurances et réduire les risques d'exclusion. De même, l'existence de mécanismes unifiés d'affiliation et d'incorporation au système, et celle de bons systèmes d'information sur les caractéristiques des populations affiliées ou incorporées ou non aux différents sous-systèmes exercent une influence positive sur le marché.

L'utilisation d'un ensemble de prestations qui soit garanti par un financement public, conçu selon les modèles épidémiologiques et les priorités du pays, et révisé régulièrement est sans aucun doute un instrument utile pour accroître la sécurité juridique, étendre la couverture et contribuer à une affectation plus efficace des ressources dans les divers pays. Son impact augmente dans la mesure où il est unifié et intégrateur, indépendamment du fait que la gestion de l'assurance se fasse par le biais d'assureurs publics ou privés. Dans les systèmes d'assurance mixtes, les pouvoirs publics doivent relever le défi d'orienter la concurrence entre les assureurs vers l'élargissement de la couverture dotée d'un ensemble de prestations garanti aux populations non couvertes ou vers l'offre de prestations non incluses (« prestations complémentaires »).

Il faut souligner de manière particulière les assurances communautaires de santé, organisées par de petits groupes de personnes pour couvrir des risques ciblés. Ces organisations prédominent dans les pays où les programmes traditionnels d'assurance se sont révélés inefficaces. La source de financement principale est constituée de différents types de contributions volontaires et de subventions publiques ou d'origine étrangère, nationale ou internationale. La prestation de services peut faire l'objet de contrats avec des intervenants publics ou privés. L'objectif est, dans ce cas, d'assurer la durabilité financière de ces organisations et d'encourager la coordination entre elles et les programmes formels d'assurance et de prestation de services existants.

En ce qui concerne la **fourniture des services**, le défi consiste à réorienter le modèle de soins et à introduire les incitatifs adéquats pour que les fournisseurs intermédiaires et finaux agissent de façon à réduire ou éliminer l'exclusion.

Pour ce qui est du modèle de soins, il faut privilégier les stratégies destinées à renforcer l'accès aux services de santé (par exemple, en réorientant les services selon des critères de promotion de la santé et en soutenant la stratégie de soins primaires), à garantir la continuité des soins quel que soit le niveau et le sous-système du système de santé et à stimuler la demande de services faite par des populations à risques d'exclusion élevés (par exemple, en renforçant la capacité des usagers à reconnaître et à exercer leurs droits aux soins de santé). En matière d'incitatifs, il serait souhaitable d'introduire les mécanismes de paiement aux fournisseurs intermédiaires et finaux qui contribuent le plus à la réduction de l'exclusion (par exemple, les subventions publiques aux établissements de santé pour les soins aux collectivités exclues); par ailleurs, il faut éviter les mécanismes qui encouragent l'exclusion (par exemple, le paiement direct par les individus ou les subventions publiques aux patients couverts par des assurances privées). L'introduction d'incitatifs appropriés doit se faire en veillant à ce que le modèle de gestion des établissements et services soit appliqué en cohérence avec le contenu de l'ensemble de prestations garanti.

### **6.3 *Économie politique de l'EPSS***

Réussir à faire progresser les stratégies ci-dessus implique la reconnaissance des intérêts légitimes des divers groupes d'intéressés et l'examen des manières dont ces groupes peuvent influencer les stratégies destinées à combattre l'exclusion.

Les intéressés ont tendance à se situer dans des secteurs autres que celui de la santé (par exemple dans les secteurs des finances, de la politique sociale, du travail et de l'emploi, de l'éducation, de l'industrie, etc.) ce qui entraîne le besoin d'insister, dès le départ, sur la nature intersectorielle de l'analyse et du dialogue pour concevoir des stratégies de réponse.

Pour expliquer les intérêts des personnes touchées et faire progresser les stratégies, il convient de créer les conditions et mettre au point des dynamiques menant à l'établissement d'un dialogue social qui permette aux intéressés de s'approprier la proposition et qui facilite la mise en œuvre de celle-ci à long terme.

En effet, du fait de leurs effets articulatoires puissants et de leur impact sur la productivité, l'emploi et la qualité de vie des populations, la lutte contre l'exclusion et la volonté d'étendre la protection en santé doivent être conçus comme un effort durable et devraient devenir des politiques prioritaires des Etats. Ces efforts doivent être révisés

périodiquement et donner lieu à des plans d'action prévoyant la définition d'objectifs et l'obligation de rendre des comptes au plus haut niveau de la vie politique des pays.

## **7. La réponse conjointe de l'OIT et de l'OPS en vue de soutenir les États membres dans le domaine de l'EPSS**

L'OPS et l'OIT estiment qu'une approche innovatrice est nécessaire pour aborder le problème de l'élargissement de la protection sociale en santé. A la lumière de la complémentarité de leurs mandats respectifs, les deux organisations ont envisagé des synergies significatives possibles à partir d'une action conjointe en vue de soutenir les efforts des pays en matière d'EPSS dans les Amériques. Dans ce sens, elles ont mis au point des activités conjointes depuis 1999 qui ont donné lieu à la réalisation de quatre études régionales sur l'ampleur de l'exclusion en matière de santé, sur l'analyse comparée des politiques de protection sociale en santé, sur l'analyse d'expériences régionales en micro assurances de santé et la caractérisation du comportement des déboursements individuels en santé, ainsi que la tenue d'une réunion tripartite de gouvernements, travailleurs et employeurs sur l'élargissement de la protection sociale en santé à des groupes exclus; cette réunion s'est tenue à Mexico en décembre 1999. Elles ont aussi préparé une initiative conjointe pour les cinq prochaines années, résumée ci-dessous.

### **7.1 *Objectif***

Contribuer à l'augmentation du bien-être pour une plus grande partie de la population dans les Amériques par le biais de l'élargissement de la protection sociale en santé aux groupes exclus. Pour ce faire, il sera nécessaire d'encourager des politiques, des réformes et des mécanismes qui garantissent socialement l'accès aux soins de santé dans des conditions adéquates de protection financière pour les familles et de dignité de ces soins.

### **7.2 *Visée***

Elargir la protection sociale en santé, comprise comme la garantie d'accès aux services prioritaires de santé dans des conditions adéquates de protection financière et de dignité des soins, définies par un processus de dialogue social dans chaque pays.

### **7.3 Résultats escomptés**

#### *7.3.1 Au niveau des pays*

- Plus grande connaissance du problème de l'exclusion, ses dimensions et ses solutions possibles;
- Plus grande conscience sociale de l'importance de l'EPSS;
- Dialogue social visant à une politique efficace à propos de l'EPSS;
- Mécanismes de coopération technique destinés à soutenir l'exécution de l'EPSS.

#### *7.3.2 Entre les pays*

- Leçons et expériences partagées, ainsi que coopération entre les pays de la Région;
- Méthodes et mécanismes mis au point, prouvés et validés afin d'établir, d'évaluer et d'appliquer des politiques destinées à élargir la protection sociale en santé;
- Soutien aux activités entre pays.

### **7.4 Stratégie proposée**

Pour être couronnée de succès, une initiative de ce genre doit être tout à fait adaptée aux pays participants et le rôle du gouvernement et des partenaires sociaux est crucial. L'action conjointe de l'OIT et de l'OPS vise à renforcer la capacité institutionnelle des pays pour :

- Faire connaître l'EPSS, le diffuser et expliquer pourquoi il est nécessaire, en plus de proposer les instruments destinés à l'atteindre;
- Identifier les causes et l'ampleur de l'exclusion de la protection sociale en santé au niveau national et les solutions pour la combattre; et créer les partenariats nécessaires avec les différents intéressés directs et les organisations locales;
- Fixer un niveau minimum à l'exclusion en santé;
- Analyser les politiques mises en oeuvre jusqu'à présent et leur répercussion sur la santé;

- Créer la capacité de gérer cette question aux niveaux national et sous-national;
- Établir des partenariats avec des organismes multilatéraux, bilatéraux, fondations et autres;
- Mettre sur pied un centre de distribution d'information (clearinghouse) sur les meilleures pratiques et connaissances;
- Mettre au point des méthodologies et des instruments destinés à appuyer les décideurs dans l'exécution de politiques d'élargissement de la protection sociale en santé.

Le soutien technique et financier total nécessaire à cette initiative dépassant la capacité des deux institutions commanditaires, il est prévu un effort de mobilisation important des ressources et de défense de la cause afin d'élargir le nombre des commanditaires depuis le début. L'OIT et l'OPS/OMS estiment que la seule façon d'aborder le problème est de créer des partenariats entre les parties intéressées et d'établir un dialogue social et politique rigoureux et efficace. Les partenaires potentiels comprendraient d'autres membres du système international, des organisations multilatérales et des organismes bilatéraux de coopération technique.

## **7.5 Activités principales**

### *7.5.1 Activités des pays*

Soutenir la mise en œuvre de stratégies nationales afin de combattre l'exclusion en santé en identifiant les causes et l'ampleur de celle-ci, ainsi que les solutions possibles dans le pays participant. La mise en œuvre de la stratégie comprendra l'identification d'initiatives locales, actuelles ou passées, visant l'élargissement de la protection sociale en santé afin d'évaluer leur application éventuelle comme mécanismes d'élargissement.

Au cours de la préparation de chaque stratégie nationale, l'initiative soutiendra les efforts gouvernementaux en vue d'organiser une politique sociale et un processus de dialogue social au niveau national avec les acteurs pertinents, si nécessaire. Ce processus débouchera sur l'élaboration d'un Plan d'action pour l'EPSS.

Durant le processus de mise en œuvre du Plan d'action, une coopération technique pourra être fournie pour toute activité concrète ou pour la supervision technique et le soutien en général.

### *7.5.2 Activités régionales*

Les actions régionales complètent les activités nationales. Les expériences tirées des études et des processus nationaux ont été résumées pour permettre des échanges d'expériences et pour en tirer des conclusions générales. En outre, diverses activités de recherche pertinentes pour tous les pays (telles qu'une meilleure compréhension des obstacles à la création d'assurances de santé, de la motivation nécessaire pour y adhérer, des acteurs déterminants de la demande, des répercussions sur la protection financière des différents sous-systèmes, etc.) seront menées à partir d'une perspective régionale.

La création d'un centre de distribution d'information sur les meilleures pratiques et connaissances, ainsi que le suivi et l'évaluation générale de l'initiative et les leçons apprises seront au centre de l'action régionale. La diffusion de la cause, la communication, l'éducation et les activités d'information en matière de problèmes et le besoin ainsi que les moyens de les régler sont également entreprises au niveau régional.

Un ensemble d'instruments et de méthodologies conçus pour aider les décideurs à élargir la protection sociale en santé sera mis en place. Tout instrument jugé nécessaire pourra être ajouté, qu'il ait déjà été mis au point ou qu'il le soit par l'OPS, par l'OIT, par les deux organismes en collaboration ou par tout autre organisme qui se consacre à cette question.

## **7.6 Budget**

L'OIT et l'OPS ont financé la majorité des activités de l'initiative. Ce financement comprend les consultants et le personnel, ainsi que les frais de fonctionnement pour un montant d'environ US\$ 800 000 au cours des trois dernières années. Les deux institutions continueront d'offrir leur soutien parce que cette question correspond à un domaine essentiel de leur mission, et multiplieront leurs efforts afin de mobiliser d'autres moyens extra-budgétaires d'un montant de \$25 millions pour une période de cinq ans.

L'OPS et l'OIT espèrent contracter un engagement significatif à l'égard de l'initiative, en particulier des aspects régionaux et de coordination. Cet engagement est évalué à \$5 millions pour le personnel, tant dans les pays que dans les sièges et pour les activités de soutien. Il permettra que les ressources supplémentaires des partenaires puissent être utilisées presque exclusivement au profit des activités essentielles aux niveaux régionaux et nationaux. C'est pourquoi il faut des ressources supplémentaires pour environ la moitié du budget régional et pour la majorité des activités nationales. On espère que ces fonds seront fournis par diverses institutions et autres intéressés. Ce budget ne comprend pas la contrepartie des pays.

## **8. Mesures à prendre par la Conférence sanitaire panaméricaine**

Le présent document vise à offrir à la Conférence sanitaire panaméricaine une synthèse du problème de l'exclusion en santé, des opinions sur l'élargissement de la protection sociale en santé et de l'initiative conjointe de l'OPS et de l'OIT pour soutenir les pays dans la mise en œuvre de cette politique sociale.

Les commentaires du Sous-comité de planification et de programmation et du Comité exécutif ont été mis à profit. De même, l'orientation du Comité exécutif servira à réaliser les activités futures de l'OIT et de l'OPS en cette matière. Il servira aussi à entamer un processus interactif entre les pays membres. Ce processus, qui comprendra également des acteurs multilatéraux et bilatéraux, et différents groupes sociaux, cherchera à mettre en place dans chaque pays des mécanismes qui mènent à réduire l'ampleur de l'exclusion en santé, et, par conséquent, à progresser vers l'objectif de la santé pour tous.

La Conférence sanitaire panaméricaine est invitée à prendre note du rapport et à considérer la résolution CE130.R9, en annexe, recommandée par le Comité exécutif.

Annexe



ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ  
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ



## 130<sup>e</sup> SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF

*Washington, D.C., E-U A, 24-28 juin 2002*

---

Annexe

### *RÉSOLUTION*

#### *CE130.R9*

#### **PROTECTION SOCIALE ÉLARGIE EN SANTÉ : UNE INITIATIVE CONJOINTE DE L'ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ ET DE L'ORGANISATION INTERNATIONALE DU TRAVAIL**

##### *LA 130<sup>e</sup> SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,*

Ayant examiné le document CE130/14, Protection sociale élargie en santé : une initiative conjointe de l'Organisation panaméricaine de la Santé et de l'Organisation internationale du Travail,

##### *DÉCIDE :*

De recommander l'adoption d'une résolution rédigée selon les termes suivants :

##### *LA 26<sup>e</sup> CONFÉRENCE SANITAIRE PANAMÉRICAINNE,*

Ayant examiné le document CSP26/12, Protection sociale élargie en santé : une initiative conjointe de l'Organisation panaméricaine de la Santé et de l'Organisation internationale du Travail;

Ayant présent à l'esprit que l'Organisation panaméricaine de la Santé et l'Organisation internationale du Travail ont lancé une initiative conjointe visant à réduire l'exclusion en santé à l'aide de la protection sociale élargie en santé;

Ayant noté le Mémoire d'entente respectif signé entre les deux organisations;

Ayant noté les différentes activités réalisées dans le cadre de cette initiative conjointe pour élargir la protection sociale en santé dans la Région;

Considérant que les niveaux d'exclusion en santé demeurent élevés dans l'hémisphère, en dépit des efforts et des ressources investis pour améliorer la situation qui se détériore en raison de la croissance de l'économie informelle et de la hausse des niveaux de pauvreté, et que des critères novateurs doivent être utilisés pour faire face à ce problème; et

Tenant compte de l'importance de redoubler les efforts aux niveaux nationaux et du continent pour garantir un accès équitable aux services de santé dans le cadre de l'objectif de la santé pour tous, indépendamment de la capacité à payer,

***DÉCIDE :***

1. De prier instamment les États membres :
  - a) à élargir la protection sociale en santé;
  - b) à promouvoir des processus de dialogue social qui permettront la définition d'objectifs nationaux et de stratégies dans ce domaine;
  - c) d'inclure l'élargissement de la protection sociale en santé comme élément directeur de leurs processus de réformes sectorielles.
2. De demander aux Directeurs du BSP et de l'OIT :
  - a) de disséminer largement dans les pays de la Région la documentation conceptuelle et méthodologique caractérisant l'exclusion en santé et les moyens de la combattre à l'aide de la protection sociale élargie en santé;
  - b) de travailler avec les États membres pour promouvoir un dialogue social sur ce thème, une analyse et une discussion de la façon d'affronter ce problème dans les pays et des mécanismes régionaux de coopération pour appuyer ces processus;
  - c) d'aider les pays à formuler des modèles destinés à préparer des stratégies de protection sociale élargie en santé;
  - d) de continuer à promouvoir une ligne de travail sur la protection sociale élargie en santé dans leurs activités de coopération dans la Région.