



ORGANISATION PANAMERICAINE DE LA SANTE  
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE



## 25<sup>e</sup> CONFERENCE SANITAIRE PANAMERICAINE 50<sup>e</sup> SESSION DU COMITE REGIONAL

Washington, D.C., 21-25 septembre 1998

*Point 4.2 de l'ordre du jour provisoire*

CSP25/8 (Fr.)

14 juillet 1998

ORIGINAL : ESPAGNOL

### **ORIENTATIONS STRATEGIQUES ET PROGRAMMATIQUES POUR LE BUREAU SANITAIRE PANAMERICAIN POUR LA PERIODE 1999-2002**

Les Orientations stratégiques et programmatiques (OSP) sont les lignes directrices de politique qui régissent le Bureau sanitaire panaméricain (BSP) au cours de chaque période quadriennale. Elles sont le résultat de l'analyse de la situation et des besoins des pays de la Région des Amériques et visent la réalisation de l'objectif mondial de la Santé pour tous. Elles constituent en outre la réponse du Bureau à la nouvelle politique mondiale de La santé pour tous au XXI<sup>e</sup> siècle et au Programme général de travail de l'Organisation mondiale de la Santé.

Ce document évoque les aspects saillants des conditions générales de vie, aux plans politique, économique, social et environnemental, qui détermineront et influenceront les conditions de santé des individus au cours de la période 1999-2002. Il est accepté que l'inégalité en général et dans le domaine de la santé en particulier, continue d'être le facteur fondamental qu'il faut affronter et il est établi que, en dépit des progrès accomplis, il faut encore déployer des efforts immenses pour la surmonter.

Ce document présente en outre les facteurs les plus importants pour ce qui est du milieu qu'il faudra affronter à la recherche d'une solution aux besoins des habitants de la Région et il décrit les OSP qui seront ciblées par le BSP dans le cadre de sa coopération technique avec les Etats Membres de l'Organisation panaméricaine de la Santé pendant la période 1999-2002. Chacune des OSP représente, donc, les efforts spécifiques du Secrétariat de chercher l'équité pour ce qui est de la santé pendant cette période.

Cette nouvelle version portée à l'attention de la 25<sup>e</sup> Conférence sanitaire panaméricaine a pris en compte les suggestions formulées pendant les consultations nationales, lors de la 30<sup>e</sup> session du sous-comité de la planification et de la programmation et la 122<sup>e</sup> session du Comité exécutif. Le volet relatif au diagnostic a été réduit et les Orientations programmatiques ont été révisées et complétées afin d'éviter les doubles emplois. Le document fait également le point de la mise en œuvre des OSP actuelles, certains objectifs et orientations stratégiques y sont déterminés de manière plus appropriée, l'accent est mis sur la coopération technique entre pays et il aborde les questions relatives aux défis et opportunités environnementales.

La Conférence sanitaire panaméricaine est priée d'examiner les Orientations stratégiques et programmatiques pour le BSP pour la période 1999-2002 et de considérer l'adoption de la résolution proposée par le Comité exécutif (résolution CE122.R4).

## TABLE DES MATIERES

	<i>Page</i>
Résumé d'orientation.....	3
1. Introduction .....	6
2. Situation actuelle .....	7
2.1 Situation générale.....	7
2.2 Situation de santé .....	8
2.3 Situation environnementale.....	15
2.4 Situation démographique .....	17
2.5 Situation politique .....	18
2.6 Situation socio-économique.....	19
3. Défis et opportunités au cours de la prochaine période quadriennale .....	21
4. Réponse du Bureau sanitaire panaméricain .....	26
4.1 Objectifs régionaux pour la période.....	27
4.2 Orientations stratégiques et programmatiques.....	29
4.3 Coopération technique et coordination internationale .....	41
Références.....	45
Annexe : résolution CE122.R4	

## RESUME D'ORIENTATION

Les Orientations stratégiques et programmatiques (OSP) définissent les grandes lignes de politique du Bureau sanitaire panaméricain (BSP) pour chaque période quadriennale. Elles constituent une analyse de la situation et des besoins des pays de la Région des Amériques et visent la réalisation de l'objectif mondial de La santé pour tous. Elles sont aussi la réponse du BSP à la nouvelle politique mondiale de La santé pour tous au XXI<sup>e</sup> siècle et au Programme général de travail de l'Organisation mondiale de la Santé.

Le présent document a utilisé comme référence la publication *La santé dans les Amériques*, édition 1998, ainsi que d'autres sources et relate en détail les conditions générales de vie, aux plans politique, économique, environnemental et social qui déterminent et influencent les conditions de santé des individus. En outre, le document décrit la situation de santé caractéristique des populations des pays de la Région. Il décrit également les problèmes précis qu'il est crucial de confronter pour répondre aux besoins des habitants de la Région et les stratégies qui seront mises en œuvre dans le cadre des orientations programmatiques qui régiront la coopération technique avec les Etats Membres de l'Organisation panaméricaine de la Santé.

Il est reconnu que la Région des Amériques a connu des progrès importants dans divers domaines de la santé, notamment l'éradication de la poliomyélite, les avancées en matière de vaccination infantile contre différents agents pathogènes, de réduction sensible des taux de mortalité et de l'incidence de diverses pathologies. Néanmoins, la Région doit encore faire face à plusieurs problèmes de santé qui se sont accumulés au fil du temps et confronter de nouvelles difficultés et les risques que posent la détérioration et la pollution de l'environnement, l'urbanisation soutenue, le vieillissement de la population, l'accroissement de la violence, l'apparition de nouvelles maladies et la réémergence d'autres affections.

Les aspects politiques et socio-économiques sont mis en exergue et analysés en raison de leur incidence sur les conditions de vie et de santé de la population de la Région. Sont également mentionnés, les progrès sensibles en matière de démocratisation des sociétés, les poussées importantes de la croissance économique ainsi que les énormes inégalités qui entravent l'accès aux avantages économiques et sociaux. L'examen des chiffres relatifs à la pauvreté, aux inégalités pour ce qui est de la répartition des revenus, le chômage, le salaire réel et le fossé qui sépare les niveaux de rémunération permet de conclure que la croissance économique de la Région, et plus particulièrement de l'Amérique latine et des Caraïbes, n'a pas permis de résoudre le sous-développement humain qui continue de persister à un degré grave.

Il est en outre établi que l'amélioration générale de l'état de santé de la population ne dissimule pas les différences entre les pays et entre les différents groupes de population,

disparité qui s'accroît entre ceux qui sont dépourvus des avantages sociaux et ceux qui ont accès facile aux biens et services.

Le document analyse ensuite l'environnement, les facteurs externes à la santé qui ont de l'influence non seulement sur les conditions de santé de la population mais qui affectent aussi le comportement des institutions et organisations internationales.

Afin de cerner l'aspect principal qui guidera les actions du Secrétariat au cours de la période 1999-2002, la situation actuelle est analysée en vue de mettre en relief ce qui constituera le défi principal au plan de la santé au cours de la période. C'est ainsi qu'en dépit des succès sensibles affichés dans le domaine de la santé, notamment l'augmentation de l'espérance de vie, la lutte contre les maladies transmissibles et la diminution qui en résulte de la mortalité infantile, surtout en raison des progrès dans le cadre de la lutte contre la poliomyélite, la rougeole et la diphtérie, les trois évaluations effectuées par l'OMS des progrès réalisés pour atteindre l'objectif de la Santé pour tous en l'an 2000, établissent clairement qu'il reste encore des efforts énormes à déployer pour résoudre le problème des immenses groupes de population privés d'accès aux services de santé de base.

Dans cette optique, on constate que, dans une très large mesure, les objectifs et buts posés dans les OSP pour la période 1995-1998 n'ont pas encore été atteints. Les différences que vivent certains groupes précis de population eu égard aux avantages qu'offrent les systèmes de santé sont encore énormes et il faut donc mettre en œuvre des réformes profondes de la gestion des services afin de garantir l'universalité de l'accès. Cette situation justifie de redoubler d'efforts pour atteindre l'objectif de La Santé pour tous, comme l'a proposé l'OMS.

La Région des Amériques continue d'afficher des inégalités persistantes au plan de l'accès aux avantages que la société offre aux groupes de population selon leur degré d'éducation, de revenus, de lieu de résidence, d'origine raciale ou ethnique, de sexe, d'âge et d'emploi. Ces caractéristiques ont des retombées pour ce qui est de la possibilité de participer à la vie politique, de satisfaire les besoins économiques, d'avoir accès à l'enseignement primaire ou supérieur et, dans le domaine de la santé, sur la probabilité de survivre ou de mourir, sur le risque de contracter des maladies et sur les possibilités de bénéficier des systèmes et services de santé. Les Orientations stratégiques et programmatiques pour la période 1995-1998 ont choisi la lutte contre les inégalités comme défi principal. Les inégalités au plan de l'accès aux systèmes et services de santé et à la couverture qu'ils offrent continue d'être le défi principal qui se pose aux pays de la Région pour la période quadriennale 1999-2002. Ils devront le relever grâce à leurs propres efforts et, ensemble, dans le cadre de l'Organisation panaméricaine de la Santé.

Il est donc proposé d'insister sur une réduction graduelle des obstacles structurels internes au développement humain par le biais d'une réduction des inégalités et en accordant

en priorité l'attention aux besoins essentiels de l'être humain, notamment la santé et une lutte sans merci contre la pauvreté extrême.

Il appartient ensuite au Secrétariat de donner une réponse dans le droit fil de l'objectif de la Santé pour tous afin que tous les habitants de la Région puissent parvenir, grâce à des efforts soutenus, au degré maximum de bien-être physique, mental et social après avoir éliminé les inégalités qui existent dans le domaine de la santé. La nouvelle politique mondiale de La Santé pour tous au XXI<sup>e</sup> siècle, approuvée par l'OMS, formera l'un des cadres d'action dans lequel s'inscrira le renouvellement de l'engagement vis-à-vis de l'objectif de la Santé pour tous.

Dans le cadre de cette réponse, des objectifs régionaux sont posés pour la période; ils visent les résultats pour ce qui est de la santé, des mesures intersectorielles influant sur les éléments déterminants de la santé, ainsi que les politiques et les systèmes de santé.

Les Orientations stratégiques et programmatiques sont ensuite décrites et, finalement, les mesures de coopération technique et de coordination internationale que le Secrétariat se propose de mettre en œuvre afin d'aider les pays à atteindre les objectifs convenus et de réduire les inégalités qui frappent la population, mesures qui font ressortir la coopération technique entre pays comme une forme importante de la coopération de l'Organisation. C'est ainsi qu'il est proposé de conserver les cinq orientations stratégiques et programmatiques adoptées pour la période 1995-1998, pour guider les activités du BSP au cours de la prochaine période quadriennale. Il s'agit de : la santé et le développement humain, la promotion et la protection de la santé, la protection et le développement environnemental, le développement des systèmes et services de santé et la prévention et la lutte contre les maladies. Ces cinq orientations sont toujours valables car le défi qui les a justifiées continue d'exister. Il est donc recommandé qu'elles continuent de guider le travail du BSP au cours de la période quadriennale 1999-2002, mais en les ciblant plus finement sur les thèmes qui devront être l'objet des efforts de la Région.

## 1. Introduction

Le Bureau sanitaire panaméricain (BSP) est le Secrétariat de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS), organisme international spécialisé dans les questions de santé. Sa mission est d'offrir une coopération technique à ses Etats Membres et de stimuler la coopération entre eux afin que, tout en conservant un environnement sain et en progressant sur la voie d'un développement humain et durable, la population des Amériques parvienne à la Santé pour tous et par tous (1).

Pour permettre aux pays d'accomplir des progrès permettant à leurs populations d'atteindre le degré le plus poussé de santé, le BSP leur offre sa coopération technique, stimule la coopération technique entre eux et facilite la coordination internationale dans le domaine de la santé. Afin de guider les activités du BSP, des orientations de politique ont été mises au point. Elles servent de cadre de référence dans lequel s'inscrit la programmation de la coopération technique et de point de repère pour les pays qui le souhaitent.

Les Orientations stratégiques et programmatiques (OSP) constituent les lignes directrices de la politique de l'OPS pour chaque période quadriennale. Elles sont le résultat de l'analyse des situations et besoins des pays de la Région des Amériques et visent la réalisation de l'objectif mondial de La Santé pour tous (SPT). Elles sont en outre la réponse du BSP à la nouvelle politique mondiale de la Santé pour tous au XXI<sup>e</sup> siècle (SPT21) et au Programme général de travail (PGT) de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS).

Les OSP pour 1999-2002 sont le fruit d'une démarche éminemment participative; en effet, des consultations nationales et des discussions techniques ont été organisées au niveau régional sur leur structure, teneur et portée. Ce processus de construction a été enrichi par le mouvement de rénovation de STP ainsi que par la dynamique générée par la préparation de la publication quadriennale *La santé en Amériques*. Les leçons tirées de la mise en œuvre des Orientations stratégiques et programmatiques antérieures aussi bien dans les pays qu'au Secrétariat ont été prises en compte.

On trouvera ci-dessous, un tableau décrivant les conditions générales de vie, les politiques économiques, environnementales et sociale qui déterminent et influencent les conditions de santé qui affectent les individus ainsi que des prévisions pour la période 1999-2002. En outre, les problèmes précis qu'il serait essentiel de confronter pour répondre aux besoins des habitants de la Région sont décrits au même titre que les stratégies et les orientations programmatiques qui seront utilisées par le Secrétariat dans le cadre de sa coopération technique avec les Etats Membres de l'OPS.

## **2. Situation actuelle<sup>1</sup>**

### **2.1 *Situation générale***

La Région des Amériques a connu des progrès sensibles dans plusieurs domaines liés à la santé, notamment l'éradication de la poliomyélite, les progrès en matière d'immunisation infantile contre différents agents pathogènes et des diminutions importantes des taux de mortalité et d'incidence de diverses pathologies. Néanmoins, il reste encore à résoudre divers problèmes de santé qui se sont accumulés et la Région doit en outre faire face maintenant à de nouvelles difficultés et à des risques qui résultent de la détérioration de l'environnement, de l'urbanisation constante, du vieillissement de la population, de l'augmentation de la violence, de l'apparition de nouvelles maladies et de la réémergence d'autres.

L'amélioration générale de l'état de santé de la population ne cache pas des différences entre les pays et entre les divers groupes de population au sein de ceux-ci, disparités qui s'accroissent entre ceux qui sont privés des avantages sociaux et ceux qui ont accès aux biens et services.

La situation de santé des pays de la Région est le produit de l'interaction d'autres éléments qui forment le développement socioéconomique. À son tour, la santé a des retombées sur les éléments économiques, sociaux et politiques du développement humain, individuellement et dans le cadre du développement humain en général.

La vie des habitants de la Région se déroule dans un cadre de plus en plus mondialisé, interdépendant et transnational, non seulement au plan économique mais aussi au niveau social et politique à la suite d'une nouvelle répartition du pouvoir entre l'état, la société civile et le marché. En dépit de la forte domination du marché, la société civile organisée a su influencer la construction de nouvelles options visant le développement de la santé. L'apparition et l'élargissement de ce nouveau paradigme productif entraînent non seulement des substitutions des fonctions des autorités de la nation; il se manifeste aussi au plan des chaînes technologiques qui maintenaient la suprématie, remplacées par des avancées dans les domaines de l'informatique, de la télématique et de la biotechnologie. Son influence se manifeste en outre dans d'autres domaines de l'activité humaine, notamment par le biais des progrès pour ce qui est des communications qui entraînent des changements des modèles de consommation, de l'urbanisation, des styles de vie, des représentations sociales et des valeurs qui s'orientent vers une homogénéisation culturelle des sociétés. Ces progrès

---

<sup>1</sup> Cette section souligne les conclusions les plus importantes relatives à la santé dans la Région des Amériques. La source principale d'informations est la publication *La santé dans les Amériques*, édition 1998. On peut la consulter pour y trouver le détail des données mentionnées.

technologiques se manifestent tout particulièrement au niveau de la socialisation de l'information.

Dans la majorité des pays de la Région, les répercussions de la croissance du commerce international de biens et services de santé se manifestent tant dans le secteur public que dans le secteur privé. C'est toutefois dans le premier que se concentre, jusqu'à présent, la catégorie des biens, notamment les équipements, médicaments, produits biologiques et matériel médico-chirurgical.<sup>2</sup> Dans le sous-secteur privé, ces répercussions se manifestent également dans le volume des dépenses effectuées à l'extérieur par des individus qui voyagent à la recherche de soins de santé et par l'acquisition de prestations de santé auprès d'entreprises transnationales installées dans les pays. Dans un avenir immédiat et dans les deux sous-secteurs, la vente de services de télémédecine occupera une place de plus en plus importante.

Le moteur de ces changements est de nature exclusivement économique, lié à la mondialisation et à la croissance du marché. L'évolution des modèles de comportement de consommation de prestations de santé se manifeste notamment au plan de l'alimentation et de la nutrition, de la consommation excessive d'alcool et des accidents de la circulation qui y sont liés et de la consommation de produits du tabac où l'on relève une croissance de la part des femmes et des jeunes.<sup>3</sup>

L'influence des changements structurels sur la santé varie en raison du volume des ressources disponibles dans les pays et des politiques sociales destinées à modifier la répartition du produit du développement économique national et à en mitiger les effets sur la vie des individus.

Il est prévu que ces influences générales se maintiennent et s'accroissent.

## **2.2 *Situation de santé***

En général, les conditions de santé mesurées par l'évolution des tendances dans le domaine de la mortalité et de l'espérance de vie s'améliorent mais le fossé qui existe entre les

---

<sup>2</sup> Un important marché international de services de santé est en train de voir le jour dans la Région. Il existe déjà des contrats d'utilisation d'équipements qui continuent d'être propriété des entreprises. Ces contrats comprennent la maintenance préventive et corrective ainsi que les intrants, le cas échéant.

<sup>3</sup> La consommation de tabac et d'alcool présente des différences entre les pays développés et ceux en développement qui obéissent à la nature des politiques publiques adoptées. Aux Etats-Unis d'Amérique, suite à la mise en place de programme comme ASIST et à la diffusion d'informations sur les dangers du tabagisme, on observe une diminution sensible de la consommation.



pays et entre les groupes de population en raison de leur localisation géographique, sexe, revenus, éducation ou ethnie reste inchangé et affiche une tendance à l'aggravation (2).

Les politiques publiques de modernisation et de réforme de l'Etat et de privatisation des services essentiels se manifestent déjà dans le secteur sanitaire de la Région. C'est ainsi que les services environnementaux et d'assainissement de base, notamment d'approvisionnement en eau des zones urbaines, sont en cours de privatisation. De nombreux pays ont élaboré, voire mis en œuvre, des réformes sectorielles dans le domaine de la santé, notamment par le biais de la décentralisation des services de santé publique, d'une participation accrue du secteur privé au niveau de la prestation de services de soins de santé et du financement de ceux-ci.

Dans le même temps, la Région connaît une transition démographique et des changements des schémas de morbidité qui répercutent sur la demande de services de santé et donc, sur l'éducation et la formation du personnel responsable des soins de santé primaire. On constate d'une part une augmentation des maladies chroniques et non transmissibles accompagnée, d'autre part, par la présence de maladies infectieuses et réémergentes qui continuent d'être importantes dans la Région. Cette situation entraîne une demande de moyens visant les soins et la promotion de comportements et de milieux sains qui contribuent au développement optimal de la santé et du bien-être de l'être humain ainsi qu'à un vieillissement meilleur.

La proportion du produit interne brut (PIB) allouée aux services de santé affiche une tendance à la hausse et est passée de 5,7% en 1990 à 7,3% en 1995 dans la Région. Cette croissance se fait aux dépens des dépenses privées des personnes car les dépenses publiques qui représentaient 43% du total des dépenses en 1990 sont tombées à 41,5% en 1995. Ceci a entraîné une augmentation du nombre des prestataires privés de services, reléguant ainsi l'état à des fonctions de réglementation, d'encadrement et de contrôle des systèmes tout en lui laissant, dans la plupart des cas, la responsabilité d'offrir une couverture aux populations à faible revenu. Des modalités nouvelles d'assurance, de financement et de prestation de services sont en train de prendre corps à la suite de ces changements.

Par ailleurs, des différences sensibles persistent entre les pays. Dans les pays à revenus élevés, les dépenses nationales au titre de la santé constituent plus de 10% du PIB, ce qui revient à plus de US\$ 1 600 par habitant, par an, alors que dans les pays à revenus moyens et faibles, ce chiffre est inférieur à \$90 et \$35, respectivement, et représente près de 6% du PIB. Dans l'ensemble, les pays à revenus élevés dépensent 45 fois plus pour ce qui est de la santé que ceux à revenus faibles.

En outre, on relève également que l'accès, autant que la couverture et la disponibilité de soins médicaux, diminue parallèlement au PIB par habitant. Cette situation se manifeste également au niveau de différences relatives au lieu de résidence de la population. Alors que

84% des habitants des villes des Amériques ont accès à l'eau potable, c'est le cas pour 41% à peine de la population rurale, car le gros des investissements en systèmes d'approvisionnement, d'assainissement et d'hygiène continue de s'orienter principalement vers les zones urbaines. Dans certains pays en développement, de 5% à 10% seulement des travailleurs ont accès aux services de santé du travail, comparé à des chiffres allant de 20% à 50% dans le cas des pays industrialisés.

On observe également que le taux de mortalité infantile augmente avec la diminution du PIB par habitant. Un nouveau-né d'un pays dans la tranche supérieure de revenus a environ dix fois plus de probabilités de survivre à la première année de vie qu'un nouveau-né d'un pays placé dans le groupe des pays à faible revenus. Cette disparité se reproduit à l'intérieur de chaque pays. Une tendance similaire se dégage dans le cas des décès dus à des maladies diarrhéiques aiguës chez des enfants de moins de 5 ans, qui provoquent davantage de décès dans les pays à plus faible PIB par habitant.

En bref, près de 105 millions de personnes dans la Région sont privées d'accès périodique aux services de santé, plus de deux millions de femmes par an accouchent sans assistance professionnelle et dans 8 pays, 40% de la population n'a pas accès aux services de santé de base.

Les progrès sur la voie de la rénovation sont lents et on ne relève pas encore de résultats pour ce qui est des objectifs de réformes sectorielles. Les taux d'utilisation des infrastructures et des ressources disponibles continuent d'être faibles bien que tous les pays affichent une hausse de la disponibilité de médecins, de personnel d'infirmier et de dentistes. Les institutions hospitalières connaissent une crise de financement et de gestion que ne leur permet pas de s'acquitter de leurs obligations contractuelles, ni de payer des rémunérations plus élevées et qui met en danger l'approvisionnement d'intrants, la maintenance ou l'acquisition d'équipements, éléments indispensables à la prestation de services de santé de qualité.

### 2.2.1 *Mortalité*

Les indicateurs de mortalité se sont améliorés, à quelques rares exceptions près, au cours des sept dernières périodes quinquennales, et ce pour tous les groupes d'âge et dans tous les pays des Amériques. Néanmoins, il existe d'énormes différences entre les pays et à l'intérieur de ceux-ci et on relève des différences de mortalité marquées par groupe d'âge et cause dans un pays déterminé lorsqu'on le compare à un autre au développement économique similaire et que l'on utilise comme étalon le revenu par habitant corrigé pour prendre en compte le pouvoir d'achat. S'agissant des enfants de moins de un an, les différences de mortalité entre pays montrent une tendance stable ou légèrement en baisse pour les pays du groupe à revenu intermédiaire mais les différences continuent d'être sensibles et marquent une tendance à la hausse dans le cas des groupes à revenus les plus

faibles. Lorsqu'on compare les indices de mortalité par groupes d'âge entre les pays à revenus similaires, on note des différences réductibles et des décès évitables.<sup>4</sup>

Il est ainsi possible d'affirmer que dans le pays au revenu par habitant le plus élevé, on aurait pu éviter 4,7% des décès pour le groupe d'âge de 45 à 64 ans, alors que dans le pays au revenu le plus bas, on aurait pu éviter jusqu'à 62% des décès de personnes de moins de 65 ans. Ceci démontre qu'il est encore possible et nécessaire de déployer des efforts en vue d'éviter des décès prévisibles et d'amenuiser les différences entre groupes d'âge et pays. La réduction, voire l'élimination de ces différences et de ces morts évitables, pourra être garantie par le biais d'investissements délibérés des pays, grâce à l'appropriation et à l'utilisation efficaces des moyens et à la mise en place de politiques et de programmes précis visant la réduction du risque pour certains groupes de population et pour ce qui est de certaines causes de décès.

S'agissant des enfants de moins de un an, les différences entre les risques de décès se sont amenuisées dans tous les pays entre 1960-1964 et 1990-1994; dans quelques-uns seulement, la différence avec le pays au taux le plus faible a également diminué. En général, les chiffres ayant trait au risque relatif de mourir avant l'âge de un an par rapport au minimum de la Région, présentaient un certain degré d'homogénéité. Néanmoins, certaines tendances s'accroissent graduellement et la situation de ceux qui affichaient les risques les plus prononcés s'aggrave alors que la situation de ceux dont les risques étaient faibles s'améliore.

Il existe également des différences réductibles de mortalité par cause précise et il est donc possible de réduire le nombre de décès dus à des maladies transmissibles. On pourrait ainsi obtenir une diminution allant jusqu'à 80% dans le cas du groupe des enfants de moins de un an, comme le démontre le cas des pays qui affichent les meilleurs résultats en matière de prévention de décès dus à ces mêmes causes.

Il est estimé que, si entre 1990 et 1994, chaque pays des Amériques était parvenu à une diminution de ses taux de mortalité pour chaque groupe d'âge d'individus de moins de 65 ans, semblable aux niveaux les plus bas atteints par un quelconque pays au niveau économique comparable de la Région et, dans le cas des Etats-Unis et du Canada, aux niveaux atteints par la Suède et le Japon, on aurait pu éviter près de 1 100 000 morts, tous les ans. Ce chiffre représente 47% des décès estimés dans la Région, pour ces groupes d'âge, au cours de la même période. Le taux de mortalité infantile dans les Amériques se situerait,

---

<sup>4</sup> La méthode mise au point par l'OPS et actuellement en cours de révision, estime que les chiffres les plus faibles observés dans un groupe de pays peuvent être posés comme objectifs atteignables. Les différences relatives en pourcentage entre le chiffre observé et le minimum (du groupe ou de la Région) sont appelées "différences réductibles" de mortalité.

pour 1998, aux environs de 10 pour 1 000 naissances vivantes et l'espérance de vie à la naissance se trouverait parmi les plus élevées du monde, à savoir plus de 75 ans.

La violence, comme cause de mort, est responsable dans la Région de 7% à 25 % des décès; ce phénomène ne cesse de s'aggraver et dans certains pays atteint des proportions d'épidémie.

Les décès associés à l'emploi deviennent de plus en plus nombreux et cette cause est en voie de devenir aussi importante que le tabagisme. En Amérique latine et les Caraïbes, la moyenne de mortalité et d'invalidité dues aux accidents du travail est estimée être quatre fois plus élevée que le nombre déclaré par les pays développés et est estimé à 300 décès de travailleurs par jour.

### 2.2.2 *Morbidité*

La lutte contre les maladies a accompli des progrès énormes dans la Région. Depuis 1991, la poliomyélite a été éradiquée, d'énormes progrès ont été accomplis sur la voie de l'éradication de la rougeole et du tétanos néonatal et on note une diminution des épisodes de maladie diarrhéique aiguë ainsi que des décès dus aux maladies intestinales infectieuses et aux affections respiratoires aiguës.

Les programmes nationaux d'immunisation ont fortement contribué à amener une réduction de la morbidité et de la mortalité dues à des maladies évitables par la vaccination. La couverture d'immunisation d'enfants de moins de un an contre la diphtérie, le tétanos, la fièvre typhoïde, la poliomyélite, la rougeole et la tuberculose a dépassé 80%.

En dépit de ces progrès, les maladies diarrhéiques, les infections respiratoires aiguës et la malnutrition continuent d'être la cause principale de décès de la population de moins de 5 ans dans la majorité des pays à revenu moyen et faible de la Région. L'épidémie de choléra est devenue endémique dans nombre de pays et, à ce jour, a entraîné l'apparition de plus de 1,3 millions de cas dont plus de 11 500 mortels. La malnutrition chronique a été remplacée par une dénutrition aiguë de l'enfance et, avec les carences en micronutriments, elle caractérise le panorama nutritionnel de l'enfance dans les pays aux revenus les plus faibles. En outre, les carences en fer, l'anémie et les carences en vitamine A continuent d'être élevées. Parallèlement, on relève une augmentation de la surcharge pondérale, de l'obésité et des maladies chroniques dues au régime alimentaire et liées à l'urbanisation et aux modifications des styles de vie.

De nouvelles maladies transmissibles ont également surgi dans la Région, et on observe également une réémergence de maladies que l'on pensait maîtrisées ainsi qu'une résistance accrue aux antibiotiques contre certains organismes infectieux.

La prévention des maladies transmises par transfusion sanguine s'est améliorée et pratiquement tous les pays se sont dotés de lois et de règlements en la matière. Tous les pays procèdent à des examens de sang afin de détecter la syphilis et l'infection par VIH et la majorité ont également appliqué des mesures relatives à l'hépatite B. Dans le même temps, l'épidémie de SIDA et l'infection par VIH se maintiennent.

L'incidence du SIDA a continué d'augmenter dans la Région pendant la dernière période quadriennale, mais à un rythme plus lent que celui qu'on observe en Afrique, en Asie et en Europe orientale. Tous les pays ont maintenant mis en place des programmes nationaux et des systèmes de surveillance. Le remplacement du Programme mondial contre le SIDA par ONUSIDA a entraîné une diminution des ressources extérieures destinées aux pays et la remise en fonctionnement des structures, procédures, fonctions et relations de travail a pris beaucoup de temps et d'efforts. Entre-temps, les recherches de grande envergure qui ont été entreprises ont abouti à des traitements prometteurs mais coûteux.

Il est estimé que les autres maladies sexuellement transmises (MST) affectent de 40 à 50 millions de personnes, chaque année, dans les Amériques. Les systèmes de surveillance respectifs ne sont pas aussi bien développés que ceux concernant le VIH/SIDA.

Le paludisme s'est étendu et la population à fort risque s'est accrue. Les taux de morbidité ont commencé à augmenter de manière constante vers le milieu des années 1970, ont connu une chute en 1993, pour remonter en 1994 et 1995 et atteindre des taux dépassant plus de deux fois ceux enregistrés il y a deux décennies.

La Région a mis en vigueur la résolution de l'OMS intéressant l'élimination de la lèpre entendue comme problème de santé publique (prévalence inférieure à un cas pour 10 000 habitants) pour l'an 2000. A l'exception du Brésil, de la Colombie et du Paraguay, tous les pays ont déjà atteint ce but. La prévalence a diminué de plus de 75% depuis que cette initiative a été lancée.

L'engagement souscrit par plusieurs pays a permis de réduire de 90% l'infestation des logements par *Triatoma infestans*, le vecteur principal de la maladie de Chagas, dans les pays du Cône austral. La transmission a été interrompue en Uruguay et pourrait l'être au Chili avant l'an 2000 et en Argentine et au Brésil d'ici quelques années.

L'incidence de la tuberculose est restée stable dans la Région : au cours des trois dernières années, plus de 250 000 cas ont été déclarés annuellement et l'incidence est de 400 000 cas par an.

La dengue s'est à nouveau manifestée comme important problème sanitaire dans la Région : au cours des trois dernières années, plus de 250 000 cas ont été officiellement déclarés chaque année. Le vecteur, *Aedes aegypti* est maintenant présent dans tous les pays

de la Région à l'exception des Bermudes, du Canada et du Chili et les quatre sérotypes du virus circulent très largement dans la Région.

Quelques maladies transmises par les aliments, bien que connues, ont été qualifiées d'émergentes car elles se présentent plus fréquemment et ont entraîné au cours des 10 dernières années des poussées épidémiques dans plusieurs pays. La Salmonella continue d'être l'une des causes principales de ces poussées dues à la contamination alimentaire, surtout dans les pays à plus faibles revenus.

Par ailleurs, on est parvenu à l'éradication de la fièvre aphteuse en Argentine, au Paraguay et en Uruguay et dans certains états du Brésil et de la Colombie. On a également relevé une diminution sensible de l'incidence de rage humaine et de rage canine. La plupart des cas affectant l'être humain se présentent actuellement dans des villes d'environ 50 000 habitants. Par contre, l'incidence de rage chez la chauve-souris continue d'augmenter à un rythme constant.

Les flambées récentes d'encéphalite équine vénézuélienne ont mis en relief la nécessité d'améliorer les programmes de vaccination dans les zones à risque et de continuer de renforcer les capacités de diagnostic en laboratoire, à l'appui de la surveillance épidémiologique dans la Région.

Même si les maladies infectieuses continuent de faire peser une lourde menace sur la santé, on accorde de plus en plus d'importance aux maladies non transmissibles qui occasionnent près des trois quarts des chiffres de mortalité et de morbidité en Amérique latine et dans les Caraïbes. Les causes principales sont : les maladies cardio-vasculaires (45%), le cancer (20%), les lésions (10%) et le diabète.

Dans la Région, tous les ans, plus de 25 000 femmes meurent d'un cancer du col de l'utérus. Le diabète est un problème de santé qui ne cesse de s'aggraver en dépit du fait que l'incidence et les conséquences de cette maladie peuvent généralement être prévenues. La violence est un problème de santé publique grave et les programmes de prévention devraient recevoir une attention toute particulière.

On relève des changements sensibles du style de vie de la population dans la majorité des pays en raison de l'urbanisation, du sédentarisme et du stress. En outre, dans tous les pays, on observe une forte prévalence des troubles mentaux qui touchent, pour le groupe d'âge de 4 à 16 ans, 17 millions de personnes qui se voient affectées de maladies psychiatriques graves ou modérées.

La coexistence d'un modèle double de production où l'on retrouve les modalités traditionnelles aux côtés de formes nouvelles, notamment la biotechnologie, la micro-électronique, l'automatisation et la mécanisation, a donné lieu à un double profil de morbi-

mortalité des travailleurs. Parallèlement aux anciennes maladies du travail non encore maîtrisées, notamment les intoxications au plomb ou au mercure, les asbestoses, silicoses, la surdité et les dermatites professionnelles ainsi que les indices élevés d'accidents, émergent ou réémergent des problèmes comme le paludisme, la tuberculose, les zoonoses alors que s'étendent le cancer et l'asthme dus à la profession, de nouveaux problèmes ostéo-musculaires, de l'appareil reproductif et des troubles mentaux associés aux nouvelles conditions du travail et à leurs risques, y compris le chômage et le sous-emploi.

D'après l'Université de Harvard et la Banque mondiale, la "profession" se situe au deuxième rang des années de vie d'invalidité dans la Région. On estime que 5 millions d'accidents du travail surviennent annuellement, c'est-à-dire 36 accidents par minute de travail.

### **2.3 *Situation environnementale***

Le milieu physique dans lequel vivent les individus conditionne dans une large mesure la qualité et la durée de vie. Ce milieu comprend plusieurs facettes, notamment le logement, le travail, l'éducation, les loisirs et le milieu public ou naturel.

A l'heure actuelle, les analyses et la prise de décisions sous-estiment largement les retombées réelles des facteurs environnementaux sur la santé humaine. Il est par exemple très différent d'envisager les problèmes de santé environnementale du point de vue des décès, des maladies et invalidités et de définir l'importance relative des différents facteurs environnementaux.

L'état du logement et des services d'assainissement de base qui y sont liés, est de la plus grande importance car une bonne partie de la vie de la population s'y déroule. La Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes (CEPAL) (3) calcule que le déficit total de logements est d'environ 50 millions d'unités en Amérique latine et dans les Caraïbes et qu'il est nécessaire de construire 19 millions de logements nouveaux. En outre, sur les logements existants, 23% ne réunissent pas des conditions d'habitabilité adéquates mais pourraient être améliorés alors que 14% devraient être éliminés. Les situations les plus inacceptables se présentent dans les zones rurales et dans les zones marginales des villes. Par ailleurs, dans les pays où se concentre la majorité des populations autochtones de la Région, près de 100% de celles-ci vivent dans des logements insalubres.

L'un des éléments les plus frappant est la qualité de l'air à l'intérieur de ces logements. Dans les zones urbaines, on remarque une tendance rapide vers l'utilisation du gaz comme carburant domestique, ce qui réduit le contact avec les fumées de combustion. Par contre, dans les zones rurales, les fumées de la combustion du bois ou du charbon continuent de prédominer. Il est estimé qu'environ 60% du poids total des infections

respiratoires aiguës (IRA) est associé à la pollution de l'air à l'intérieur des logements et à d'autres facteurs environnementaux.

Il est établi que 73% de la population de la Région dispose d'adduction d'eau au domicile, mais dans les zones rurales, 41% seulement dispose d'eau potable alors que ce pourcentage est de 84% dans le cas des habitants des villes. Seulement 59% de cette population reçoit une eau dûment désinfectée et 13% des pays reconnaissent prendre des mesures de désinfection couvrant moins de 40% dans les zones urbaines et 45% des pays se situent à moins de 40% dans les zones rurales.

S'agissant des systèmes d'évacuation des eaux usées, 69% de la population totale y a accès, dont 80% dans les zones urbaines et 28% dans les zones rurales (4).

Il est estimé que 70% des ordures produites quotidiennement dans la Région sont ramassées, dont 30% seulement de manière adéquate par le biais de méthodes différentes, le plus souvent grâce à des décharges sanitaires.

La pollution pose un problème croissant, notamment celle qui découle des activités productives, de l'utilisation de carburants et des systèmes de transport. Toute la population se voit affectée, mais à des degrés divers d'exposition et de risque; les zones pauvres sont les plus touchées par les résidus industriels et domestiques. Dans les zones urbaines, l'utilisation de combustibles fossiles pour générer l'électricité, le chauffage des logements et faire fonctionner les véhicules automoteurs et les industries, est à l'origine des principales sources d'émission de polluants atmosphériques.

Pendant la Conférence de Kyoto (5), tenue en décembre 1997, il a été affirmé que les pays industrialisés, qui ne comptent que 20% de la population de la planète, ont produit 90% des émissions mondiales de carbone dans l'atmosphère depuis la révolution industrielle et qu'ils continuent de produire deux tiers des émissions mondiales à l'heure actuelle.

L'OMS estime que de 30% à 50% des travailleurs sont exposés à plus de 100 000 produits chimiques, 200 agents biologiques, physiques, économiques et psychosociaux qui ont des effets négatifs sur leur santé, celle des membres de leur famille et sur la société en général. Parmi ces agents et produits, de 200 à 300 comportant des risques d'effets mutagènes, carcinogènes, allergènes, notamment, sont déversés dans l'eau, le sol, l'air et la biote (6).

Environ 80 000 substances chimiques sont actuellement commercialisées dans la Région et de 1 000 à 2 000 substances nouvelles viennent s'y ajouter annuellement. Il est extrêmement difficile d'évaluer avec précision les conséquences, au plan de la santé humaine, de l'exposition aux substances toxiques. Toutefois, les intoxications aiguës sont une cause fréquente d'hospitalisation et les intoxications chroniques sont une menace



majeure contre la santé. Leurs effets sont liés non seulement à des empoisonnements, mais aussi à des anomalies congénitales, au cancer, à la stérilité et à des désordres immunologiques et du comportement (7).

La pollution due à l'usage de pesticides en agriculture est extrêmement importante dans la Région et au cours des quatre dernières années, certains pays en ont triplé le volume. La pollution par métaux lourds est tout aussi importante, notamment en raison de leur emploi par les exploitations minières et leur addition aux carburants de transport; leur persistance résiduelle dans l'environnement est calculée entre 70 et 200 ans.

Il est estimé que les 5 millions d'accidents du travail prévisibles tous les ans produisent 100 000 morts. Le coût total associé à ces accidents atteint de 10% à 15% du PIB de la Région, en dehors des accidents qui surviennent dans le secteur informel.

Les secteurs de l'exploitation minière, de la construction et des transports devraient devenir de plus en plus importants en raison du développement économique et l'on s'attend donc à ce que de graves problèmes de santé du travail se présentent dans la Région à moins que des mesures préventives ne soient mises en place de toute urgence.

Ceci est particulièrement important dans le cas des pays les moins développés où les travailleurs subissent les conséquences des maladies et des accidents du travail et souffrent en outre et simultanément de maladies infectieuses, de malnutrition et de problèmes découlant de la pauvreté.

## **2.4 *Situation démographique***

La population des Amériques est calculée, en 1998, à environ 800 millions de personnes, ce qui représente 13,5% de la population mondiale (8). En l'an 2003, la population dépassera les 850 millions d'habitants sans qu'il y ait encore de changement profond dans la répartition entre pays.

La mortalité générale, à de rares exceptions, continue d'afficher une tendance à la baisse alors que l'augmentation soutenue de l'espérance de vie à la naissance se maintient. Il est prévu que ces tendances positives se maintiendront lors du prochain millénaire. Le pourcentage de décès d'enfants de moins de un an diminue dans tous les pays et, en termes relatifs, la diminution la plus importante se présente dans les pays aux revenus les plus élevés. Pour le groupe d'âge de 65 ans et plus, l'augmentation la plus sensible du nombre de morts se présente dans les pays à revenu par habitant les plus faibles alors que les chiffres restent relativement stables dans les pays à fort revenu; on relève des augmentations intermédiaires relatives dans les autres pays.

Le taux de natalité, qui était en moyenne entre 1960 et 1970 de 40 naissances pour 1 000 dans la Région, est calculé à 19,2 pour 1 000 en 1998. La fécondité a également enregistré une chute sensible dans tous les pays. Il est prévu que la natalité et la fécondité continueront de diminuer et donc la croissance démographique totale continuera d'être lente dans la Région, en dépit de la baisse de la mortalité.

La pyramide des âges de la population montre que l'augmentation de la population de plus de 65 ans se maintient avec des taux moyens de croissance dépassant 3% annuellement; il est prévu que cette tendance se maintienne et la survie de la population âgée continuera d'accentuer l'importance de ce groupe d'âge.

Les travailleurs représentent de 40% à 60% de la population de la Région. La population économiquement active (PEA) a été estimée en 1995 à 357,5 millions de personnes et atteindra les 399 millions en l'an 2000. On estime en outre que 19 millions de mineurs feront partie de la main-d'œuvre de la Région. Au cours des années 1990, la PEA augmentera de 25,9% en Amérique latine et de 11,1% en Amérique du Nord. Si l'on prend en compte le travail dans le secteur informel et au foyer, la plus grande partie de la population de la Région est exposée aux risques et aux conditions de travail qui ont de plus en plus des répercussions négatives sur la santé.

On constate une croissance démographique plus forte dans les zones urbaines et une diminution de la croissance dans les zones rurales; on relève cependant une modification importante en ce qui concerne la concentration dans les zones métropolitaines où l'on observe un ralentissement des rythmes de croissance. Par ailleurs, la croissance est plus accélérée dans les villes de taille moyenne qui sont encore à même de répondre à ces nouvelles demandes, atténuant ainsi la pression excessive qui pesait sur les grandes villes de la Région.

Les flux migratoires internationaux, occasionnés pour la plupart par les conflits armés des décennies précédentes, sont maintenant dus essentiellement à des raisons de travail. On estime que l'importance de ces mouvements migratoires s'est accentuée et ils exercent de fortes pressions sur les services de santé des pays d'accueil. Tout semble indiquer que, pour le moment, il n'y aura pas de changement profond de ces mouvements migratoires, aussi bien à l'échelle nationale qu'internationale.

## **2.5 *Situation politique***

Il est évident que la démocratie a élargi ses frontières sur le continent. L'amélioration de la qualité de vie exige un climat de liberté individuelle où la confiance en un avenir plus équitable fait partie du système de valeurs de la démocratie. Néanmoins, la stabilité et la continuité de la démocratie dépendent pour beaucoup de l'efficacité de ses institutions et de

la crédibilité qu'inspire le système politique (9). Tout cela est lié aux conséquences des politiques économiques et sectorielles sur la bonne gestion des affaires publiques.

Les réformes de l'Etat sont très variables dans les pays des Amériques mais elles sont guidées essentiellement par la recherche de l'efficience, de la responsabilisation et de la participation. C'est dans le cadre de ces réformes que certaines responsabilités ont été dévolues au secteur privé et, au plan local, par le biais de la décentralisation qui facilite la participation croissante des régions et qui donne la parole aux gouvernements locaux. Ces facteurs ont, à leur tour, influé sur la formulation des politiques sociales et des systèmes de protection sociale des pays. L'une des caractéristiques à l'ordre du jour est la modification de l'autonomie des gouvernements nationaux (10) eu égard aux cadres internationaux dans lesquels ils s'insèrent ainsi que les modifications au sein des états liées, d'une part, au déplacement de leurs fonctions en matière économique, dû à l'approfondissement des économies de marché et, d'autre part, au renforcement de la société civile.

## **2.6** *Situation socio-économique*

Pour ce qui est de la décennie actuelle, les pays ont mis en place des politiques économiques visant la relance de la croissance, renforcées par des mesures permettant d'atteindre l'équité sociale. Cette évolution marque une différence significative par rapport au passé où l'on cherchait à obtenir l'équilibre macro-économique et la croissance accompagnée de progrès social.

Au cours des cinq dernières années, on note une amélioration générale des indices macro-économiques. Le taux de croissance moyen du PIB était de 1,1% au cours de la décennie précédente et est passé à 3,1% entre 1991 et 1996. Récemment, les chiffres oscillent entre 3,4% et 5,3%. Le PIB moyen par habitant affichait une croissance négative de 0,9% lors de la décennie antérieure, alors qu'entre 1991 et 1996 (à l'exception de 1995), la croissance a tourné entre 1,7% et 3,5%. Dans le même temps, l'inflation a chuté de 887,4% à 19,3%. L'analyse des dépenses sociales est également positive. Une étude portant sur 15 pays montre que 11 d'entre eux ont augmenté leurs dépenses sociales entre 1990 et 1994 et que sept ont dépassé les indices des années 1980. Entre 1990 et 1995, les dépenses sociales par habitant ont augmenté de près de 27,5% dans la Région. Il est à souligner que ces progrès sont encore plus sensibles dans les pays qui ont entrepris les réformes les plus profondes. Toutefois, les secteurs de l'éducation et de la sécurité sociale ont reçu la préférence par rapport au secteur de la santé (11).

On remarque en effet des progrès notoires dans le domaine de l'alphabétisation dans les Amériques. Ces avancées sont néanmoins hétérogènes : certains pays sont parvenus à réduire l'analphabétisme à 1% alors que d'autres affichent des taux de 57,4% de la population en général; dans tous les pays, la population rurale, autochtone et les femmes sont en position de désavantage (12). La fréquentation scolaire s'est également améliorée :

d'avantage d'enfants sont scolarisés tous les ans (13). Néanmoins, certains pays sont parvenus à une scolarisation de 100% des enfants en âge scolaire alors que d'autres atteignent à peine 30%. On observe également des niveaux élevés de redoublements et d'abandons scolaires et de faibles niveaux de rendement : en 1995, 66% seulement de la population en âge scolaire est parvenue à compléter la quatrième année du cycle primaire et le nombre moyen d'années de scolarité de la main d'œuvre ne dépasse pas six ans (14).

Malgré la croissance du PIB réel de l'Amérique latine et des Caraïbes pendant les années 1990, elle n'atteint toujours pas les taux réalisés au cours des décennies antérieures aux années quatre-vingt (15, 16, 17). En effet, le PIB de 1996 de 14 pays de la Région, pondéré en fonction de la population et exprimé en dollars de 1990, est inférieur à celui de 1980 et les investissements ont été l'élément le plus important de la croissance (18). L'investissement public a énormément diminué (19, 20) alors que les investissements étrangers indirects sont passés de \$6.599 milliards en 1990 à \$21.288 milliards en 1995.

Dans le même temps, on observe une augmentation des dépenses sociales réelles de 22% dans la sous-région. L'évolution des dépenses sociales pour ce qui est de la santé a été différente : on observe une augmentation en 1989 parallèle à l'ensemble des dépenses sociales mais la tendance s'est inversée en 1991 et 1992 pour se retrouver aux niveaux de 1981. A partir de 1993, commence une nouvelle augmentation qui les ramène à un chiffre de 22% supérieur en 1995 (21).

L'élargissement du commerce intrarégional (22) caractérise l'évolution du commerce extérieur dans la sous-région, condition indispensable aux opérations internationales du secteur de la santé. Il convient en outre de noter que le fardeau de la dette continue de diminuer, ce qui a des conséquences importantes eu égard aux possibilités de disponibilité de biens au service du secteur social et du secteur sanitaire en particulier (23).

Lorsqu'on analyse l'évolution de la pauvreté, de la répartition du revenu dans les pays, le chômage et la création d'emplois, les salaires réels et les rémunérations, on remarque les retombées des niveaux de croissances réalisés et, en général, du comportement de l'économie sur les conditions de vie.

En 1990, 197 millions de personnes vivaient en-deça du seuil de pauvreté; en 1994, le chiffre était de 209 millions, dont 65% vivaient dans les zones urbaines; néanmoins, la proportion de pauvres dans les zones rurales continuait d'être supérieure (24). Dans certains pays où le PIB par habitant avait augmenté et où l'importance relative de la pauvreté avait diminué au cours de la période 1990-1994, ce chiffre se situait néanmoins à un niveau supérieur à celui de 1980. En outre, les inégalités au plan de la répartition de la richesse continuent de s'accroître dans la majorité des pays de la Région (25). C'est ainsi en effet que la part du revenu total qui correspond à 10% des ménages les plus riches a augmenté (avec

des différences de pays à pays) alors que celle des 40% les plus pauvres s'est maintenue ou a diminué.

Les pauvres ne constituent pas seulement les rangs des sans emploi, ils existent également dans le secteur formel de l'économie. En 1994, dans 7 pays de l'Amérique latine sur 12, le pourcentage de pauvres employés du total de salariés se situait entre 30% et 50%; dans trois pays, ce groupe représentait de 10% à 20% et dans deux, entre 5% et 6% (26).

Le taux moyen annuel de chômage urbain en Amérique latine et les Caraïbes augmente sans interruption depuis la fin des années 1980 en dépit de la relance de l'économie (27) et frappe particulièrement les femmes et les jeunes (28). Ce phénomène est accompagné d'une croissance sensible du secteur informel.<sup>5</sup> Au cours de la période 1990-1995, 84 emplois créés sur 100 provenaient du secteur informel, qui est devenu le principal générateur d'emploi (29). En outre, on observe une diminution du pouvoir d'achat réel des salaires (30) et de 20% à 40% des travailleurs employés à plein temps perçoivent des revenus inférieurs au seuil nécessaire à leur bien-être (31).

Les changements de la structure et de la composition de la main d'œuvre, la diminution du revenu réel des familles ainsi que les changements de la structure familiale font retomber sur les femmes et les enfants la responsabilité de la subsistance et de la lutte contre la pauvreté. C'est ainsi que les femmes ont grossi en force les rangs du travail précaire et que les adolescents et mineurs s'insèrent précocement dans le monde du travail.

L'examen des résultats relatifs à la pauvreté, aux inégalités de la répartition du revenu, au chômage, au salaire réel et à l'ampleur du fossé des rémunérations permet de conclure que la croissance économique de la Région, et particulièrement de l'Amérique latine et des Caraïbes, n'a pas permis de résoudre le sous-développement humain grave qui persiste dans ces sociétés.

### **3. Défis et opportunités au cours de la prochaine période quadriennale**

Les dernières années du XX<sup>e</sup> siècle sont caractérisées par certains phénomènes qui se présentent dans pratiquement tous les pays du monde et de la Région. Leurs retombées sont multiples et touchent la vie économique, sociale et politique des pays et des individus, notamment dans le domaine de la santé. Ces phénomènes influent sur les nouvelles

---

<sup>5</sup> La croissance du secteur informel de l'économie a des retombées sur les conditions de vie car, tenant compte des caractéristiques de la plupart des régimes de sécurité sociale du continent, les travailleurs et leurs familles sont exclus des prestations de sécurité sociale, notamment des services de santé. Ces groupes transfèrent donc leur demande de services sur l'Etat, ce qui a des répercussions sur la situation financière des systèmes de sécurité sociale qui ne perçoivent pas les contributions des travailleurs exclus de l'économie formelle.

possibilités qu'offrent le marché, les économies nationales, la coopération entre les pays et les modèles de consommation. Les institutions internationales ne sont pas étrangères à ces réalités et sont également influencées par les changements que connaissent les pays.

La mondialisation et la révolution des technologies de la communication sont les phénomènes actuellement les plus importants.

L'un des volets de la mondialisation comprend le renforcement de la démocratie, la généralisation du modèle économique, la formation de blocs régionaux et sous-régionaux, la réforme du rôle de l'Etat et la participation sociale.

S'agissant du renforcement de la démocratie, on assiste à une généralisation des aspirations démocratiques et à une transformation de ses mécanismes. Le nombre de pays dans lesquels les maires sont élus au suffrage populaire est passé de 3 à 17 et celui des pays où les dépenses publiques ont été décentralisées à un degré plus ou moins important, de zéro à 16 (32). Il s'agit néanmoins d'une démarche lente qui, dans certains cas, se limite aux aspects formels de la participation aux élections.

Dans le domaine économique, on observe la continuation de la tendance à l'homogénéisation de la macro-économie ce qui produit une amélioration des indices économiques généraux mais, pour ce qui est du domaine social, sans aboutir pour autant à une diminution sensible des inégalités au niveau des revenus et de l'accès aux biens et services ni à la disparition du chômage ou du sous-emploi (33). Cette croissance accompagnée d'une répartition régressive et de demandes non satisfaites entraîne en conséquence une fatigue naturelle parmi les secteurs démunis, ce qui pose une menace évidente à la prospérité relative et aux progrès atteints dans les dernières années (34). Cette situation a poussé le secteur politique à reconnaître la nécessité de focaliser les efforts sur le secteur social, voire de modifier l'orientation utilisée par les institutions financières internationales qui interviennent de plus en plus sur le secteur social.

La mondialisation a des effets directs sur le plan commercial, et donc sur le plan politique, par le biais des processus d'intégration régionale et sous-régionale. L'Association de libre échange des Amériques (ALEA) continue de progresser, quoique lentement, et l'intégration régionale s'accroît. Il convient de relever notamment l'importance du Traité de libre échange du Nord de l'Amérique (ALENA), le Mercosur, le Système andin d'intégration, le Système d'intégration de l'Amérique centrale (SICA) et le CARICOM. Quoique la raison d'être principale de cette démarche soit commerciale, la santé est prise en compte dans les négociations aux plans de l'environnement et de l'assainissement, de la protection alimentaire, de la circulation des produits pharmaceutiques ainsi que de la protection des travailleurs et des migrants.

Le Sommet des Amériques convoqué à Miami en 1994 a donné le coup d'envoi à ces activités continentales, accélérées grâce à la mise en œuvre du Plan d'action qui souligne l'importance de la collaboration entre diverses institutions du Système interaméricain, notamment l'OPS, l'Organisation des Etats américains (OEA) et la Banque interaméricaine de développement (BID). L'importance de la santé a été dûment prise en compte dans le cadre de cette démarche. Au niveau régional, les Conférences des épouses des chefs d'état et de gouvernements des Amériques ont appuyé, et continuent d'appuyer, une série d'initiatives dans le domaine sanitaire (35).

Dans le cadre de la concertation continentale déclenchée par le Sommet des Amériques, l'OPS a proposé l'initiative "Les technologies de la santé au service de l'union des Amériques" qui comprend des mesures pour ce qui est des vaccins, des médicaments essentiels, des technologies de l'information sanitaire, des systèmes de surveillance de la santé et des technologies appliquées à l'assainissement de base.

Ce phénomène d'interrelations politiques dépasse les frontières régionales, comme dans le cas des Sommets ibéroaméricains des Présidents et Chefs d'Etat au cours desquels, à deux reprises, la santé a été le sujet d'analyses, d'adoption de propositions et de mise en œuvre d'initiatives régionales.

La mondialisation a également des retombées sur le secteur financier et a provoqué une augmentation des ressources destinées aux investissements en Amérique latine et dans les Caraïbes. On note en effet que la mise en place d'un régime de réglementation plus souple a entraîné une croissance nette des investissements étrangers de \$6,6 millions à \$30,8 millions entre 1990 et 1996 (36).

S'agissant de la réforme de l'Etat, presque tous les pays ont entrepris des modifications de la nature de ses fonctions. Toutefois, ces changements se replacent rarement dans une perspective de développement social ou sanitaire et ont provoqué des réactions négatives de ces deux secteurs. Ces réformes traduisent le degré de complexité qu'il faut attendre, actuellement et à l'avenir, lors des négociations de ressources nécessaires. Le secteur de la santé est en effet obligé de négocier avec le secteur financier pour obtenir ses ressources, qui sont également convoitées par d'autres secteurs sociaux qui s'affrontent dans une concurrence pour laquelle le secteur sanitaire n'est pas bien préparé.

En outre, nombre de fonctions de santé sont dévolues aux niveaux régionaux (provinces, états ou départements) ou locaux qui, à quelques rares exceptions dans les Amériques, ne sont pas prêts pour assumer ces nouvelles responsabilités et en tirer les résultats escomptés (37).

Pour ce qui est de la réforme du secteur de la santé, on reconnaît que tous les membres de la société ont un enjeu direct au plan de la santé et de l'assistance sanitaire, bien

que poussés par des intérêts divers. C'est la raison pour laquelle, toutes les démarches de réforme de la Région doivent s'effectuer de manière graduelle et transparente afin qu'elles soient comprises par les participants directs et par l'ensemble de la population. Au fur et à mesure de l'exécution de ces plans de réforme, la coopération et les partenariats entre le gouvernement, le secteur privé, les organisations non gouvernementales et les individus deviennent cruciaux.

Les institutions internationales multilatérales et bilatérales de coopération au développement ont également entrepris un processus de réforme profonde. Le Système des Nations Unies cherche à renforcer la coordination à l'échelle mondiale et des pays. Toutes les réformes ont pour but de maintenir un dialogue sur le développement, pas nécessairement sectoriel, entre la communauté internationale et les gouvernements où interviennent les organes de coordination respectifs et les divers responsables. Il est pratiquement impossible que le secteur de la santé soit chargé de ces fonctions de coordination. Les réformes visent également à renforcer une interaction accrue entre les institutions financières internationales (38). Au niveau bilatéral, on observe une tendance à la décentralisation des prises de décisions intéressant les ressources de coopération pour le développement, qui sont renvoyées aux antennes dans les pays et aux ambassades locales (39). Le secteur de la santé devra se doter de nouvelles compétences pour mettre mieux à profit ces nouvelles réalités.

L'extraordinaire développement technologique actuel a atteint des proportions sans précédent et se manifeste dans la vie quotidienne des individus et des sociétés. Les communications sans frontières, la biotechnologie et la télématique provoquent des changements fantastiques dans les domaines de la science et de la culture. Pour ce qui est de la santé, en dehors des répercussions sur les possibilités de diagnostic et de traitements, les nouvelles technologies créent des conditions propices à la modification et à l'homogénéisation des modèles de consommation, des comportements, des styles de vie, des valeurs et convictions qui ont des retombées énormes sur la santé de la population (40). Étayées par la mondialisation, la consommation et la commercialisation de produits comme l'alcool et le tabac se généralisent et répercutent sur la santé.

Les institutions nationales de recherche et de développement technologique de la santé et les décideurs des politiques nationales de science et technologie ont du, en conséquence, modifier leurs rôles et leurs missions pour prendre en compte les nouvelles fonctions des gouvernements et l'importance croissante du secteur privé, la diversification des sources internes et externes de financement, l'apparition et la consolidation de nouvelles modalités d'accès aux connaissances scientifiques et techniques et à leur transfert, notamment en raison des nouvelles technologies de l'information dont l'implantation est très inégale entre les pays et entre groupes au sein de ceux-ci.



Il s'avère donc nécessaire de prendre en compte de nouveaux thèmes, disciplines, ciblage et méthodes en matière de recherche et de mieux divulguer les connaissances et les technologies nécessaires à un relèvement de l'efficacité et de l'impact des services de santé publique. La bioéthique fait partie de ces nouvelles disciplines et elle fait de plus en plus l'objet d'études et de préoccupation en raison de l'apparition de nouveaux dilemmes éthiques découlant des avancées rapides de la science et de la technologie dans le domaine de la santé et des dimensions morales des droits des patients et de la justice au niveau de l'allocation des ressources.

La demande de transparence pour ce qui est de la gestion des affaires publiques devient de plus en plus forte. Du point de vue sectoriel, ceci exige des Etats de justifier leurs activités dans le domaine de la santé et de rendre des comptes, face à un public plus informé et mieux éduqué tant du point de vue de ses droits que de ses attentes.

On peut conclure de ce qui précède que le secteur de la santé devra s'adapter aux nouvelles réalités nationales, continentales et mondiales et, par conséquent, les Orientations stratégiques et programmatiques du Secrétariat devront faire de même afin de mieux assurer les chances de réussite de l'objectif de la Santé pour tous.

Il découle des faits présentés dans les chapitres précédents que les besoins décrits lors de l'approbation des orientations stratégiques et programmatiques pour 1991-1994 (41) continuent d'être valables. Elles soulignent la nécessité de réduire graduellement les obstacles structurels internes au développement humain durable par le biais de l'élimination des inégalités et de la prise en compte des besoins humains essentiels, notamment la santé et la lutte sans merci contre la pauvreté extrême.

On constate un changement du système de valeurs accompagné de la mise au point d'un code moral de droits communs et de responsabilités partagées ayant trait à ce que l'on commence d'appeler "l'éthique mondiale" (42). On y retrouve notamment le droit à une vie sûre, à être traité de manière équitable, à une égalité d'accès à l'information, aux biens communs de l'humanité, à la liberté, à la prise en compte des conséquences des actes individuels sur le bien être d'autrui, à la promotion de l'équité, y compris entre les sexes, et à la protection du droit des générations futures de connaître un développement humain durable.

A cet égard, la Région des Amériques affiche une persistante situation d'inégalité qui crée des conditions d'accès différentes aux avantages de la société en raison du niveau d'éducation, du revenu, du lieu de résidence, de l'origine raciale ou ethnique, du sexe, de l'âge et de l'emploi. Ces différences répercutent sur la possibilité de participer à la vie politique, de répondre aux besoins économiques, d'avoir accès à l'enseignement de base ou supérieur. Dans le domaine de la santé, les conséquences se situent au plan de la probabilité de mourir ou de survivre, du risque de contracter des maladies et de l'accès aux services et

systèmes de santé. Les Orientations stratégiques et programmatiques pour la période 1995-1998 ont choisi la lutte contre les inégalités comme défi principal. Les inégalités au niveau de la couverture qu'offrent les systèmes et services de santé et les possibilités d'y avoir accès continuent de constituer le défi principal que les pays de la Région devront affronter au cours de la période quadriennale 1999-2002 par le biais de leurs propres efforts individuels et, ensemble, dans le cadre de l'Organisation panaméricaine de la santé.

Certes, des succès importants ont été atteints, notamment l'amélioration de l'espérance de vie, la maîtrise de maladies transmissibles accompagnée d'une réduction de la mortalité infantile, en raison principalement des avancées en matière de lutte contre la poliomyélite, la rougeole et la diphtérie, mais les trois évaluations de l'OMS sur les progrès vers l'objectif de la Santé pour tous en l'an 2000 démontrent qu'il reste encore d'énormes efforts à déployer car de vastes groupes de population n'ont pas encore accès aux services de santé de base.

On peut en conclure que les buts et objectifs évoqués dans les OSP pour 1995-1998 n'ont pas été réalisés. En effet, l'analyse des résultats permet d'affirmer que : les disparités des conditions de santé ne se sont pas réduites, il n'y a pas d'accès universel à des milieux et conditions de vie saines et sûres, les services d'approvisionnement en eau et d'élimination des déchets ne sont pas universels et des styles de vie et des comportements non sains subsistent.<sup>6</sup> Il s'agissait des buts de référence que les pays devaient atteindre au cours de la période quadriennale et avec la coopération du Bureau. Cette situation justifie de redoubler d'efforts pour atteindre l'objectif de la Santé pour tous, comme le propose l'OMS, de continuer de lutter contre l'absence d'équité pour ce qui est de la santé, dans le cadre de ces mêmes Orientations stratégiques, jusqu'à réaliser ces objectifs louables.

#### **4. Réponse du Bureau sanitaire panaméricain**

L'Organisation panaméricaine de la Santé compte parmi ses objectifs fondamentaux de prolonger la vie, lutte contre les maladies et stimuler le bien être physique et mental des habitants d'Amérique par le biais de la coordination et de la promotion des efforts des pays. L'OPS reconnaît en outre que jouir du degré maximum de santé est un droit fondamental de tout être humain, sans distinction de race, de religion, d'idéologie politique ou de situation économique ou sociale (43). C'est sur cette base, et reconnaissant les différences au plan de l'accès, de la couverture et des prestations de santé, que les pays ont convenu de renouveler leur engagement d'atteindre l'objectif de la Santé pour tous. Le BSP ciblera l'essentiel de ses efforts sur cet objectif au cours de la période quadriennale prochaine et des suivantes, jusqu'à ce que tous les habitants du continent parviennent au degré maximum de bien être

---

<sup>6</sup> On trouvera davantage de détails dans le document sur les OSP 1995-1998, OPS, Document officiel No 269, et dans le document CD40/24 du 4 août 1997, "Tercera evaluación de la aplicación de la estrategia de Salud para Todos en el año 2000".

physique, mental et social et que les inégalités actuelles qui existent dans le domaine de la santé aient disparu.

La nouvelle politique mondiale de la Santé pour tous au XXI<sup>e</sup> siècle, approuvée par l'OMS, forme le cadre dans lequel s'inscrit l'objectif renouvelé de la SPT, fondé sur les éléments suivants :

- reconnaître le droit fondamental à atteindre le degré le plus poussé de santé;
- prendre continuellement en compte, avec une vigueur renouvelée, l'éthique au plan des politiques de santé, de la recherche et de la fourniture de services;
- la mise en place de politiques guidées par l'équité et de stratégies qui mettent l'accent sur la solidarité;
- la prise en compte de l'égalité entre les sexes dans les politiques et stratégies de santé.

La nouvelle politique mondiale de santé se propose de :

- relever l'espérance et la qualité de vie pour tous;
- améliorer l'équité pour ce qui est de la santé dans les pays et entre eux;
- offrir à tous l'accès aux systèmes et services de santé durables.

#### **4.1 Objectifs régionaux pour la période<sup>7</sup>**

Les Etats Membres de l'OPS ont souscrit, par le biais de l'OMS et d'autres instances internationales, à des engagements mondiaux divers dont ils devront s'acquitter en combinant les efforts nationaux, régionaux et mondiaux. Assimiler ces engagements au niveau national relève de l'action souveraine des Etats Membres dans le cadre de la définition de leurs politiques et plans nationaux de développement et de santé. Au plan régional, ils devront prendre en compte le degré de développement de la Région, les caractéristiques, besoins et possibilités de l'ensemble des pays. On trouvera ci-dessous les objectifs les plus importants pour la Région des Amériques, adaptés à la situation du continent, ainsi que les objectifs qui seront adoptés par le Bureau dans le cadre de son engagement de coopération technique avec les pays afin de les aider à réaliser les engagements qu'ils auront assumés.

---

<sup>7</sup> Certains des objectifs de la nouvelle politique mondiale de la Santé pour tous au XXI<sup>e</sup> siècle ont été adaptés aux situations particulières de la Région des Amériques

#### 4.1.1 *Résultats en matière de santé*

- L'espérance de vie à la naissance augmentera de deux ans au moins dans tous les pays où elle était inférieure à 70 ans en 1998; dans tous les pays, le taux de mortalité infantile diminuera de 10%; la mortalité périnatale diminuera de 20%; la mortalité néonatale tardive diminuera de 30%; la mortalité dans l'enfance diminuera de 40% et sera inférieure à 50 pour 1 000 naissances vivantes; la mortalité maternelle diminuera de 25% et au moins 60% des femmes entre 15 et 44 ans auront accès aux méthodes contraceptives.
- Dans tous les pays, moins de 20% des enfants de moins de 5 ans souffriront de retards de la croissance; moins de 10% des nouveau-nés pèseront moins de 2 500 gr à la naissance; les maladies dues aux carences en iode auront été éliminées; la prévalence de l'hypovitaminose A sous-clinique chez les enfants de moins de 5 ans se situera à moins de 10%; la prévalence de la carence en fer chez les femmes entre 15 et 44 ans et les femmes enceintes diminuera de 30%.
- L'élimination de la transmission du poliovirus sauvage se maintiendra; dans tous les pays, la transmission de la rougeole aura été éliminée; l'incidence du tétanos néonatal se situera à moins de 1 pour 1 000 naissances vivantes; à niveau de district (municipal, cantonal, etc.); la prévalence de la lèpre sera inférieure à 1 pour 1 000 habitants; la prévalence de caries dentaires endémiques diminuera de 50%; la transmission de la rage humaine par le chien aura été éliminée; la transmission de la maladie de Chagas par *Triatoma infestans* aura été éliminée dans tous les pays du Cône austral.

#### 4.1.2 *Mesures intersectorielles ciblant les facteurs déterminants de la santé*

- Dans tous les pays, 80% au moins du total de la population disposera de services adéquats d'évacuation des eaux usées et d'élimination des excréments; au moins 75% de la population aura accès à l'eau potable et dans les pays où l'accès dépassait 75%, la couverture augmentera de 10%.

#### 4.1.3 *Politiques et systèmes de santé*

- Tous les pays adopteront des politiques destinées à promouvoir la Santé pour tous et l'accès équitable à des services de santé de bonne qualité; la totalité du sang destiné aux transfusions sera examinée afin de détecter l'infection par le virus de l'hépatite B et C, la syphilis, le *Trypanosoma cruzi* et le VIH, et toutes les banques de sang participeront à des programmes de contrôle de qualité; tous les pays auront adopté des politiques visant la prévention de l'usage du tabac par les enfants et adolescents; tous les pays seront dotés d'un système d'information sanitaire qui produira des

données sanitaires de base prouvées; et, en coordination avec les entités pertinentes, le nombre des décès non déclarés sera inférieur à 20% et moins de 10% des décès déclarés seront attribués à des causes mal définies.

## **4.2 Orientations stratégiques et programmatiques**

Pendant la période quadriennale 1995-1998, l'OPS a défini cinq Orientations stratégiques et programmatiques visant à guider les pays et le BSP au moment d'élaborer leurs plans nationaux et programmes d'action : la Santé dans le développement humain, la Promotion et la protection de la santé, la Protection et le développement de l'environnement, le Développement de systèmes et services de santé et la Prévention et la lutte contre les maladies. Ces cinq orientations intéressent le domaine naturel de la santé et sont encore valables car le défi qui les a inspirés existe toujours. Elles continueront de guider les travaux du Secrétariat pendant la période quadriennale 1999-2002, mais en ciblant plus ponctuellement les thèmes qui feront l'objet des efforts de la Région.

### *4.2.1 La santé dans le développement humain*

Il est nécessaire de développer et de renforcer les compétences nationales et régionales en vue d'analyser et de faire le suivi de la situation sanitaire et des relations réciproques entre la santé, la croissance économique et l'équité dans le cadre de la mondialisation. A la suite du dialogue entre les responsables du secteur social, du secteur de la santé et du secteur économique, il sera alors possible de cerner le rapport entre croissance économique, santé et développement humain et de mitiger les retombées négatives des politiques macro-économiques sur les conditions de vie et de santé de la population. Dans ce but, la coopération technique du BSP visera à :

- Définir les aspects conceptuels liés aux inégalités pour ce qui est de la santé, développer les instruments en vue de les mesurer et surveiller, au plan national et régional, et développer les compétences analytiques nationales en vue de documenter et d'évaluer les injustices et leur relation avec l'incidence des programmes d'ajustement structurel, la mondialisation et l'intégration et la privatisation des services de santé, entre autres.
- Appuyer des études et des recherches sur les profils de santé des groupes de population les plus démunis afin d'infléchir les interventions sur la base de critères établis à partir de l'examen de leurs retombées sur les injustices sociales, notamment dans le domaine de la santé.
- Informer les ressources humaines sanitaires de l'analyse de la situation sanitaire et des conditions de vie des différents secteurs de la population, des inégalités sociales,

notamment pour ce qui est de la santé, et de leurs relations avec le développement humain.

- Appuyer la création de réseaux intersectoriels locaux, nationaux, sous-régionaux et régionaux afin de contribuer à la définition des politiques, la mise au point de plans, de projets et de programmes destinés à surmonter les défaillances dans le domaine de la santé.
- Promouvoir les recherches et la collecte systématique de documents, justifiant la nécessité d'investir dans le domaine de la santé en vue de former le capital humain, les activités économiques et la mise en valeur de leur potentiel à titre de mécanisme de redistribution du revenu.

Afin de produire, divulguer et utiliser les connaissances et la pratique de la santé publique aux plans de la promotion, de la protection et de la récupération de la santé visant un développement humain durable, et pour encourager la participation des principaux acteurs sociaux et politiques du secteur, et de tous les autres secteurs de l'état et de la société civile, et les inciter à prendre en compte la santé dans les programmes politiques et de santé locaux, sous-nationaux, nationaux, sous-régionaux et régionaux, la coopération technique mettra l'accent sur :

- La divulgation des connaissances intéressant les retombées des politiques structurelles, macro-économiques et sociales sur les conditions de vie et la situation de santé de la population de la Région et la promotion de l'utilisation de ces informations par les membres du cabinet social, économique, les conseils des ministres, les parlements et les chefs d'Etat.
- Le renforcement des compétences des institutions législatives en vue de l'élaboration de lois favorisant une véritable participation des acteurs sociaux et politiques à la formulation de politiques, plans et programmes de santé ainsi que de projets nationaux de valorisation humaine qui prennent en compte les politiques économiques et sociales dans une stratégie dont l'objectif essentiel sera le bien être de la population.
- Le développement des compétences en vue d'utiliser le concept d'égalité entre les sexes comme instrument permettant d'analyser les répercussions de la mondialisation sur le développement et les politiques structurelles, macro-économiques et sociales, en mettant tout particulièrement l'accent sur leur relation avec la santé.
- La collecte de documents intéressant l'ampleur du commerce international de biens, de capitaux et de services de santé qui s'effectue dans la Région.

- La promotion du débat et de l'analyse portant sur la santé dans le développement humain lors des sommets présidentiels et des réunions d'organismes d'intégration sous-régionale et régionale, en encourageant la participation des ministères de la santé, de l'agriculture, de l'environnement, de la famille, du travail et du développement à la mise au point de leurs ordres du jour.
- L'analyse et la collecte de données relatives à l'importance des changements que la mondialisation a provoquée dans la culture de la santé et, notamment, l'incidence qu'ils ont eu sur la demande de services de santé de la part des acteurs sociaux et de leur appui ou rejet des politiques sanitaires.
- L'identification des acteurs sociaux et politiques qui jouent un rôle important au plan de la bonne gestion du secteur de la santé, au sein de l'Etat et de la société, et la promotion de leur participation au débat sur les questions de nature éthique qui s'inscrivent dans le cadre de la santé dans le développement humain.

Le développement de la santé publique comme discipline, les recherches connexes et la divulgation des connaissances qui en découlent exigent de donner une réponse adéquate aux besoins de santé de la population, notamment des groupes les plus démunis et exclus. Dans ce but, la coopération technique prendra tout particulièrement en compte :

- La promotion et divulgation des nouveaux développements conceptuels et méthodologiques des recherches sanitaires.
- La contribution à l'éducation et formation des ressources humaines chargées de produire les connaissances et d'exécuter les mesures de santé publique ainsi qu'aux autres ressources humaines.
- L'appui aux définitions des politiques nationales et institutionnelles de recherche et de développement technologique sanitaires qui permettent de mettre au point les connaissances et technologies nécessaires à l'exécution de mesures sanitaires efficaces.
- La divulgation des connaissances et des informations scientifiques et techniques parmi les acteurs impliqués dans la formulation des politiques et dans l'exécution des mesures sanitaires.

#### 4.2.2 *Promotion et protection de la santé*

La santé est au cœur du développement de l'être humain et donc sa promotion doit englober un rayon d'action allant bien au-delà des systèmes et services de santé. La plupart des aspects intéressant la santé de l'individu sont liés à ses conditions de vie, au degré dans

lequel il peut répondre à ses besoins fondamentaux, à la qualité de son milieu, à sa culture et à ses connaissances, attitudes et habitudes sanitaires. Tenant compte des conditions qui existent encore dans la Région, la promotion et la protection de la santé doivent être entendues comme une puissante stratégie pour ce qui est de la définition et de la pratique de la santé publique, axe d'un nouveau paradigme visant à infléchir les facteurs conditionnants.

Afin de créer de concert avec les pays une nouvelle culture de promotion et de protection de la santé conçue comme valeur sociale, il faut préparer les individus, les collectivités et les institutions publiques, non gouvernementales et privées, qui doivent assumer, individuellement et collectivement, la responsabilité de préserver et d'améliorer constamment leur état de bien être et de santé. La coopération technique visera donc à :

- Mettre en valeur le rôle de la promotion de la santé comme outil d'appropriation en soulignant son importance auprès des instances régionales des Présidents et Chefs d'Etat et des Premières dames de la Région.
- Promouvoir la formulation de politiques, plans, programmes, normes et instruments relatif à la promotion de la santé et à l'adoption de politiques publiques solides.
- Appuyer les recherches opérationnelles et en coopération sur la promotion de la santé par le biais du réseau des Centres collaborateurs et en divulguer les résultats.
- Poursuivre la conception et la consolidation de méthodes et modèles d'évaluation des programmes et interventions de promotion de la santé ainsi que la mise au point des initiatives intéressant la création de milieux et d'espaces salubres dans les écoles et les municipalités; consolider les réseaux de maires, de secrétaires aux affaires sanitaires et les consortiums d'écoles en vue de la promotion de la santé.
- Développer des stratégies de travail intersectoriel, mobiliser les moyens techniques, scientifiques, politiques et financiers à l'appui de la promotion de la santé et former des réseaux d'appui technique, politique et social à tous les niveaux, notamment des alliances stratégiques entre l'Organisation panaméricaine de la Santé et la communauté internationale et avec des organisations intéressées des pays.
- Promouvoir le recours à la communication sociale visant la santé, particulièrement par le biais des médias.

Etant donné que la mise en œuvre pratique des stratégies et programmes de promotion et de protection de la santé est relativement récente dans la plupart des pays et qu'il existe néanmoins de solides indices permettant de penser qu'il s'agit d'une stratégie absolument indispensable qui doit être imbriquée dans toutes les mesures relatives à la santé, le BSP s'efforcera tout particulièrement de :



- Divulguer les informations techniques et scientifiques sur la promotion de la santé et d'atteindre le maximum de responsables des questions de santé publique dans la Région ainsi que de développer les compétences nationales d'analyse et d'utilisation de ces informations.
- Stimuler les évaluations, aussi bien des intrants que des démarches et des effets à court et à long terme, de l'application des stratégies de promotion de la santé; collecter des données relatives aux expériences nationales de promotion de la santé, les analyser et les divulguer en soulignant la rentabilité par rapport aux mesures correctives postérieures.
- Promouvoir l'adoption de styles de vie sains, par le biais de la prévention des risques au moyen de conduites d'anticipation.
- Promouvoir l'utilisation de modèles fondés sur le cycle de vie, le cycle familial et l'égalité entre les sexes.
- Promouvoir l'insertion au niveau de la restructuration des services d'interventions de promotion de la santé dans leur intégralité.

Afin de contribuer à la consolidation du développement humain et à la prévention des maladies tout au long du cycle de vie, la coopération donnera la priorité aux domaines suivants :

- La santé de la famille et de la population, en privilégiant la stimulation et l'évaluation de la croissance et du développement aux divers âges, notamment par le biais de programmes de santé visant l'adolescent, la santé génésique et la santé de l'adulte du troisième âge.
- L'alimentation et la nutrition, particulièrement pour ce qui est de la sous-alimentation, la fortification d'aliments par micronutriments, l'allaitement maternel et l'alimentation complémentaire, les guides nutritionnels par âge et la sécurité alimentaire.
- Les styles de vie sains et la santé mentale, notamment la prévention de l'usage du tabac, de l'alcool et des drogues, de la violence intrafamiliale et des sévices aux enfants, y compris pour l'ensemble de l'Organisation, les aspects de la communication sociale, d'éducation et de participation communautaire intéressant la santé qui comprennent les initiatives relatives à des écoles, municipalités et milieux sains.

#### 4.2.3 *Protection et développement de l'environnement*

En vue de promouvoir la réalisation des objectifs et buts évoqués dans le Programme Action 21 et les Plans d'action des réunions au sommet des Chefs d'Etat du Continent, ainsi que les orientations émanant du Plan d'action de la Conférence sanitaire panaméricaine sur la santé et l'environnement dans un développement humain durable, le BSP donnera la priorité à la coopération technique visant à :

- Encourager l'application des stratégies nationale de mobilisation communautaire et de coordination intersectorielle pour ce qui est de l'environnement.
- Contribuer à la formation et spécialisation des ressources humaines en épidémiologie et toxicologie environnementales.
- Renforcer les capacités des ministères de la santé afin qu'ils puissent jouer le rôle de chefs de file et offrir des services de conseil pour ce qui est de la gestion des questions d'hygiène de l'environnement dans le cadre des projets et plans de développement et valoriser les compétences locales en vue de gérer et de maintenir les systèmes et services.
- Promouvoir la mise en œuvre de programmes et projets repris dans "Les répercussions de l'environnement sur la santé des enfants", afin d'identifier et de mitiger ou d'éliminer les facteurs environnementaux qui ont des retombées particulières sur la santé des enfants.
- Appuyer la promotion et la mise en place de mesures de santé primaire environnementale dans le cadre de la Santé pour tous qui mettent à la disposition des collectivités des milieux propices au développement, par le biais de leur participation agissante à l'identification de leurs besoins et des solutions pertinentes.
- Promouvoir la mise à jour des normes et des règlements relatifs à la qualité des services et des produits en matière d'environnement.
- Promouvoir la mise en place de systèmes et mécanismes qui permettent de collecter, analyser et utiliser des données et des indicateurs intéressant la qualité de l'environnement.

Afin que les pays ciblent les facteurs physiques, chimiques et ergonomiques qui ont des effets délétères sur la santé des travailleurs, du secteur formel aussi bien qu'informel, la coopération technique du Bureau focalisera son action sur les domaines suivants :

- Promouvoir la mise à jour de la législation et de la réglementation relatives à la santé des travailleurs et la mise en œuvre de programmes destinés à améliorer la qualité du milieu de travail.
- Encourager des programmes de promotion et de prévention pour ce qui est de la santé du travail.
- Promouvoir le renforcement des services de santé destinés aux travailleurs.
- Appuyer des programmes qui promeuvent la protection des enfants travailleurs en contact avec des risques environnementaux et de travail.

S'agissant de la fourniture en eau et de l'assainissement, il faudra viser l'élargissement de la couverture des services, l'amélioration de la qualité bactériologique de l'eau destinée à la consommation humaine et l'intensification des mesures visant l'amélioration de l'approvisionnement en eau et de l'évacuation sanitaire des excréments dans les zones rurales et autochtones et donc la coopération visera à :

- Diffuser des technologies adéquates à faible coût.
- Promouvoir la participation de la collectivité, des organisations non gouvernementales et du secteur privé en vue d'élargir les services en zones rurales et urbaines.
- Participer à des études sectorielles, à la réforme et à la modernisation de ce secteur et de ses institutions, à la mise au point de projets prioritaires et à la mobilisation de ressources.
- Développer les aspects liés à la réglementation, la technologie et les mécanismes de la purification renforcée de l'eau au niveau des systèmes de distribution et des ménages.

Afin de contribuer à améliorer la gestion des résidus municipaux solides et, prenant en compte la décentralisation et privatisations accélérées, le BSP coopérera aux plans suivants :

- Promotion du renforcement institutionnel et des compétences de réglementation du secteur.
- Développement d'études sectorielles visant la gestion des détritiques solides, notamment ceux provenant des hôpitaux.

- Identification des besoins et des opportunités d'investissements financiers.

#### 4.2.4 *Développement des systèmes et services de santé*

La coopération technique qu'offrira le Secrétariat continuera d'étayer les démarches de réforme sectorielle des pays de la Région. Il conviendra de mettre l'accent sur le renforcement des capacités rectrices du secteur, l'organisation de systèmes et de services et le financement des mesures sectorielles. Dans ce but, les stratégies fondamentales à privilégier seront : l'échange systématique et périodique des expériences nationales, le développement et la divulgation de méthodes et d'instruments visant le renforcement des compétences des institutions au plan de l'analyse, de la formulation de politiques, de la mise en œuvre et de l'évaluation de programmes de réforme sectorielle et la mise en marche d'un système régional de suivi de la dynamique, des contenus et des retombées des réformes exécutées.

S'agissant du renforcement des capacités rectrices sectorielles, la coopération technique ciblera :

- Le renforcement des capacités sectorielles en matière de formulation de politiques et de stratégies, la mise au point de plans cadres et de projets ponctuels d'investissement dans le domaine sanitaire et la coordination globale de l'aide extérieure.
- Le développement des capacités d'analyse de l'organisation et le fonctionnement du secteur en vue de redéfinir le rôle des gouvernements centraux, régionaux et locaux eu égard à l'organisation et à la gestion des services de santé publique et de prise en charge des individus dans le cadre de la décentralisation.
- La définition de modèles de prestation de services à l'appui de la réorientation des services dans le cadre de la prévention et de la promotion en vue d'améliorer la qualité et l'intégralité des interventions et de renforcer les capacités opérationnelles et décisionnelles des services à leurs divers niveaux.
- La promotion et l'appui à la mise sur pied de programmes nationaux de garantie de qualité des services de santé.
- Le renforcement du développement normatif et opérationnel des programmes et services de santé buccale et oculaire, de prise en charge des handicapés, et de prestation de services aux populations autochtones.

- Le renforcement des compétences nationales et sous-régionales en matière de planification, gestion et réglementation de la valorisation des ressources humaines du secteur.
- La mise au point d'indicateurs du comportement des systèmes et services de santé qui contribue à une prise de décision informée dans le secteur.
- L'appui aux mécanismes sous-régionaux et régionaux d'harmonisation des réglementations relatives aux médicaments et intrants essentiels.
- Le renforcement et l'élaboration de programmes de planification, exploitation, maintenance et rénovation des infrastructures physiques et technologiques du secteur sanitaire.
- La promotion de l'adoption de normes fondamentales de sécurité en vue de la protection contre les radiations ionisantes et l'innocuité des sources d'irradiation au niveau national.

S'agissant de l'organisation et de la gestion des systèmes et services de santé, le BSP focalisera ses efforts de coopération technique sur :

- Le développement de capacités nationales, sous-régionales et régionales visant l'évaluation et l'incorporation de technologies sanitaires.
- L'appui à la mise au point de programmes destinés à améliorer les prestations de service du personnel sanitaire.
- L'appui à une réorientation de la formation des professions de la santé et l'éducation permanente des travailleurs du secteur ainsi qu'un renforcement des institutions et des programmes d'enseignement de santé publique
- Le renforcement des capacités institutionnelles du secteur en vue de la définition et de la mise en application de systèmes d'information sur les programmes et les services.
- La promotion du développement de programmes de télémédecine afin d'élargir la couverture des services à la population.
- Le renforcement et le développement de services pharmaceutiques efficaces et de qualité.

- L'appui au développement de systèmes d'approvisionnement qui maîtrise les coûts et élargissent la disponibilité des intrants.
- La promotion et le développement de programmes de contrôle de qualité dans le domaine de la radio-médecine.
- Le développement et le renforcement des laboratoires de santé publique et des réseaux nationaux, sous-régionaux et régionaux de laboratoires de diagnostic.
- L'appui à l'amélioration de la sécurité et la qualité des opérations des banques de sang.

S'agissant du financement des activités du secteur, le BSP se consacrera, au cours de la prochaine période quadriennale, au développement d'activités de coopération technique qui permettront de :

- Améliorer les capacités nationales d'analyse des dépenses de santé publique et de l'affectation des ressources dans une optique d'équité, d'efficience et d'efficacité.
- Effectuer des analyses comparatives et diffuser les résultats des expériences relatives aux diverses modalités de paiement aux prestataires utilisées dans la Région.

#### 4.2.5 *Prévention et lutte contre les maladies*

Afin de pouvoir relever les défis régionaux, lutter contre les maladies et les juguler, les programmes des services sanitaires doivent inclure des volets intéressant la prévention des maladies et la promotion de la santé. La qualité des résultats dépendra de la participation de la collectivité et des modifications des comportements des individus. Ces changements seront inspirés par des politiques et procédures raisonnables, fondées sur des preuves scientifiques.

La coopération technique du Secrétariat, dans le domaine des maladies évitables par la vaccination, visera à :

- Améliorer l'adoption de politiques intéressant les programmes d'immunisation.
- Elargir et améliorer les programmes de vaccination du secteur public et du secteur privé, notamment des organisations non gouvernementales (ONG).
- Renforcer et appuyer les systèmes nationaux de surveillance des maladies évitables par la vaccination ainsi que des réseaux adéquats de laboratoires, par le biais de

l'élargissement du Réseau régional de laboratoires de diagnostic et de contrôle de qualité

- Déterminer la charge des maladies et assurer l'utilisation rentable des vaccins contre *Haemophilus influenzae*, MR ou MMR dans le cadre du programme de vaccination de base.
- Promouvoir la recherche et le développement de vaccins en collaboration avec les laboratoires publics, en veillant à ce que la production locale est économique et techniquement viable et qu'elle respecte les bonnes pratiques de fabrication et les normes et standards nationaux et internationaux.
- Promouvoir la mise sur pieds de consortiums de laboratoires publics producteurs de vaccins, l'adoption de bonnes pratiques de fabrication et la poursuite du processus régional d'homologation des producteurs de vaccins.

Les pays devront renforcer leurs capacités nationales en vue de lutter contre certaines maladies précises, les réduire ou les éradiquer. Le Bureau concentrera ses efforts de coopération technique au niveau des activités suivantes :

- Appuyer les pays dans leurs efforts de recherche appliquée, de planification et de gestion de programmes pour ce qui est des maladies tropicales, infectieuses, émergentes et réémergentes, notamment le recours à de nouvelles stratégies de lutte et de traitement.
- Encourager les pays à élargir le filtrage du sang et à établir des mesures de contrôle de qualité internes et externes.
- Promouvoir l'application de nouvelles techniques en vue d'améliorer la surveillance nationale des maladies et d'établir des réseaux électroniques qui permettent d'accélérer la notification et confirmation de cas présumés.
- Aider les pays à appliquer le nouveau Règlement sanitaire international qui sera approuvé par l'OMS en 1999.
- Divulguer les informations et les connaissances pour ce qui est de la résistance aux antibiotiques et promouvoir dans les pays la normalisation des méthodes d'essais de laboratoire, améliorer le contrôle de la qualité et utiliser les résultats des essais de résistance aux antibiotiques.
- Appuyer les pays afin qu'ils ciblent les aspects sanitaires de l'infection par VIH/SIDA, notamment la gestion des programmes, la sécurité des

approvisionnement en sang et les modèles d'interventions liées au comportement en matière de santé et d'assistance sanitaire, tout en promouvant une réponse intersectorielle accrue.

- Promouvoir la surveillance et les programmes de lutte contre les maladies sexuellement transmises.
- Promouvoir la mise en œuvre élargie de la stratégie mondiale contre le paludisme et, tenant compte de l'existence de *Plasmodium falciparum* pharmacorésistant, d'un système de surveillance visant ce phénomène dans les pays amazoniens.
- Appuyer l'adoption de la stratégie de prise en charge intégrale des maladies prévalentes de l'enfance (AIEPI) qui comprenne les infections respiratoires aiguës, les maladies diarrhéiques, le paludisme, la malnutrition, la rougeole et la dengue dans certains pays.

Il est possible de faire une avancée énorme dans le cas de certaines maladies non transmissibles à condition qu'existent un engagement ferme, des politiques et des programmes fondés sur des preuves scientifiques, adoptés par les collectivités, les individus et les cliniques. Il est important que les organisations sanitaires consacrent des ressources humaines et des moyens financiers afin de mettre ces possibilités à profit. S'agissant des maladies non transmissibles, la coopération technique du BSP focalisera les activités suivantes :

- Etablir un réseau régional des pays qui appliquent une méthode intégrale de lutte contre les maladies non transmissibles, ciblant au départ les maladies cardiovasculaires et inspiré du modèle européen.
- Divulguer les informations relatives aux projets de démonstration en vue de réduire la mortalité due au cancer du col de l'utérus et aider les pays à adopter des méthodes homogènes.
- Appuyer les pays dans leurs efforts de mise au point de politiques et de modèles efficaces; créer des partenariats de travail entre médecins, laboratoires et établissements de traitement; promouvoir la prise en compte dans les programmes de lutte contre le cancer du col de l'utérus des attitudes et besoins des femmes; et évaluer les projets de démonstration et planifier leur élargissement raisonnable fondé sur les résultats.
- Promouvoir l'application dans les pays de la Déclaration des Amériques sur le diabète.



- Réunir des informations sur les moyens existants à l'appui de programmes de prévention des lésions.
- Etablir des alliances régionales et nationales en vue de la prévention des lésions intentionnelles et non intentionnelles et en définir les priorités.

La santé publique vétérinaire est et restera un domaine très important dans le cadre des efforts des pays en vue d'assurer la sécurité alimentaire et l'innocuité des aliments. La coopération technique visera donc à :

- Prévenir de nouvelles flambées dans les pays exempts de fièvre aphteuse et élargir les zones d'éradication dans les pays andins et dans le nord du Brésil en ciblant tout particulièrement les zones frontalières.
- Promouvoir la protection des aliments conformément aux lignes d'action proposées par le BSP.
- Promouvoir les mesures de prévention de la rage ainsi que l'établissement d'un réseau de laboratoires auquel participeront les centres collaborateurs de l'OPS/OMS.
- Promouvoir le développement des capacités de diagnostic de laboratoire en vue de la surveillance épidémiologique dans les zones à risque d'encéphalite équine vénézuélienne.
- Promouvoir l'élimination de la tuberculose bovine et de la brucellose.
- Appuyer l'éradication de l'échinococose/hydatidose dans les pays du Cône austral.

#### **4.3 *Coopération technique et coordination internationale***

La coopération technique entre le Secrétariat de l'OPS et ses Etats Membres, ainsi que ses activités de coordination pour ce qui est des questions internationales de santé sont des responsabilités constitutionnelles. La construction d'une coopération technique réellement efficace au cours de la période 1999-2002 exige de prendre en compte le fait que la coopération technique soit le principal résultat du travail du BSP et qu'elle est fondée sur les priorités définies par ses Etats Membres dans le cadre des Orientations stratégiques et programmatiques qu'ils auront eux-mêmes approuvées. La coopération technique s'inscrit, s'exécute et s'évalue dans un cadre social, économique et politique en évolution constante. Il s'agit donc d'une démarche non autonome que le BSP révisé constamment.

Le cadre de politique dans lequel s'inscrit la coopération du BSP est formé des OSP, définies et approuvées pour la période 1999-2002. Ce cadre est intimement lié à trois influences mondiales :

- Le neuvième Programme général de travail de l'OMS, actuellement en cours d'exécution étant donné qu'il couvre la période 1996-2001, et dont les orientations visent l'intégration de la santé et du développement humain dans les politiques publiques; d'assurer un accès équitable aux services de santé; de promouvoir et de protéger la santé et de prévenir et maîtriser des problèmes de santé spécifiques.
- La politique mondiale de la Santé pour tous au XXI<sup>e</sup> siècle qui promeut l'identification et l'infléchissement des éléments déterminants de la santé, laquelle se trouve au cœur du développement humain, ainsi que le développement de systèmes de santé durables qui répondent aux besoins des individus.

Ces influences mondiales trouvent des correspondances au niveau des OSP quant aux buts et objectifs, tout en prenant en compte la situation particulière de la Région des Amériques, son développement comparatif au plan de la santé et ses possibilités de progrès par rapport aux autres régions de l'OMS.

Les OSP 1999-2002 envisagent des modalités de coopération technique qui reflètent les meilleures options pour pallier les tendances et défis identifiés. A notre avis, il faudra accorder une attention toute particulière à un développement ciblé sur l'être humain d'une part, et sur une coopération plus efficace et efficiente en vue de favoriser ce développement, d'autre part. L'interconnexion et l'interdépendance croissantes des pays dans plusieurs domaines, notamment la santé, la prise en compte des changements sociétaux dans chaque pays, les transformations et réformes du système international exigent une coopération technique concertée avec les diverses politiques qui répercutent sur le développement.

La présence de plus en plus importante d'institutions et de personnes différentes de celles impliquées traditionnellement dans les questions de santé, au plan national et international, justifie d'imprimer la souplesse suffisante et d'innover pour ce qui est de la coopération technique en vue de forger des partenariats pratiques et efficaces qui permettent de dégager des résultats meilleurs de la coopération.

Le Secrétariat comprend que la coopération technique est influencée par les critères et optiques qui s'appliquent au développement en général. La notion de développement durable est privilégiée dans ses aspects fondamentaux, notamment la formation du capital humain, la participation de tous les secteurs, y compris le secteur privé, et la protection de l'environnement, dans un cadre d'équité et de justice sociale. Au-delà des aspects "techniques" traditionnels, notamment la recherche de meilleures modalités de recherche, d'enseignement et d'application des technologies sanitaires, le Bureau, dans le cadre de son

programme international, examinera l'influence qu'ont sur la santé le développement socioéconomique, le renforcement des capacités institutionnelles de formulation de politiques, la planification et la promotion de la santé ainsi que l'organisation de programmes ponctuels intéressant un pays ou un ensemble de pays.

Il est de plus en plus évident qu'il faut abandonner la coopération technique fondée sur la nature des intrants et adopter une nouvelle démarche fondée sur la nature des objectifs de la coopération. Il se dégage en outre une tendance à s'éloigner des projets de coopération en faveur d'une perspective plus programmatique et pluri-sectorielle, qui met l'accent sur l'exploitation des points forts techniques nationaux. Ces changements, soigneusement pris en compte, permettront, après d'éventuelles modifications, d'aboutir à une coopération technique mieux organisée, compétitive et durable.

Certains volets de coopération technique particulièrement importants seront ciblés par l'application des OSP 1999-2002. Ce ciblage répond aux efforts du BSP dans le cadre de sa remise en question constante des caractéristiques de la coopération sanitaire internationale (44) :

- Le volet santé doit être lié au développement social et aux politiques macro-économiques des pays, notamment pour ce qui est des investissements en biens d'équipement et la formation du capital humain et du développement institutionnel.
- La coopération technique doit se construire sur la base des priorités définies par et pour les pays.
- Le renforcement des capacités des pays à entreprendre pour leur compte des initiatives de santé devra être encouragé tout autant que leurs compétences de gestion de la coopération technique, leur permettant ainsi de mieux faire confiance à leurs connaissances, à leur expérience et à leurs ressources nationales.
- Des modalités de remplacement de la coopération technique seront adoptées, notamment la création de réseaux nationaux et internationaux et la coopération technique entre pays sera encouragée.
- La coordination à tous les niveaux sera encouragée par le biais de l'optimisation des capacités de gestion des institutions nationales en vue de dégager un consensus intersectoriel, de promouvoir des programmes multinationaux qui combineront efforts et ressources.
- Les technologies modernes d'information et de communication seront mises à profit afin d'améliorer les étapes de planification, programmation, exécution et évaluation

de la coopération technique, tout autant que la coordination et la mobilisation de ressources.

Pendant la période 1999-2002, le BSP continuera de promouvoir vigoureusement la coopération technique entre pays, en privilégiant les mesures panaméricaines de santé conçues comme une puissante stratégie de coopération qui a déjà fait ses preuves dans le passé et qui, sans aucun doute, facilitera les progrès de la Région dans un environnement complexe, en transition vers le XXI<sup>e</sup> siècle. La coopération technique "entre pays" continuera d'être privilégiée et non pas la coopération "entre pays en développement" afin de n'écartier aucun Etat Membre en raison de son degré de développement. Cette perspective panaméricaine est l'un des principes recteurs du BSP qui estime que tous les pays des Amériques, sans distinction de taille ou de degré de développement, ont le droit de participer ensemble à la recherche de la santé.

En vue de faciliter la compréhension de la stratégie de coopération du BSP, six ciblage fonctionnels ont été identifiés afin de classer le type d'activité programmée dans le cadre des projets de coopération technique : mobilisation des ressources (humaines, financières, matérielles, politiques, institutionnelles); divulgation de l'information; formation; développement de politiques, plans et normes; promotion de la recherche; et, assistance technique directe. La première phase d'une étude sur ces perspectives est en cours afin de mettre au point de meilleurs étalons de référence pour mieux cerner, pour la période 1999-2002, les résultats attendus des projets de coopération technique du Bureau. Dans une deuxième étape, la définition des retombées des projets eu égard à leurs objectifs mêmes sera entreprise.

S'agissant de la planification, programmation, suivi et évaluation de la coopération technique, le système AMPES sera utile afin de mesurer les résultats des projets de coopération. Pour la période 1999-2002, il est envisagé de simplifier les processus de gestion, de leur imprimer une souplesse accrue et de répondre plus rapidement aux besoins des pays, tout en faisant montre de la plus grande prudence et transparence au plan de l'utilisation des ressources.

La programmation de la coopération technique, fondement du programme-budget biennal, est liée à la définition des priorités sanitaires nationales, à l'identification des besoins de coopération technique internationale et à la mise au point de projets de coopération technique du BSP et énonce clairement les résultats attendus et les indicateurs de progrès. La gestion des projets sera évaluée dans la rigueur et les mécanismes d'évaluation de la coopération technique seront perfectionnés.

En matière de coordination internationale, les efforts du BSP viseront, au cours de la période 1999-2002, à renforcer sa fonction historique de chef de file dans le domaine de la santé au plan international. Des études effectuées par le Bureau (45) mettent en évidence

une prolifération d'acteurs et d'institutions qui participent aux activités de coopération et de santé en général et dont la présence justifie d'adopter des mesures volontaristes de coordination à plusieurs niveaux : entre pays, dans les pays et au plan des institutions internationales (46). Le BSP encouragera les gouvernements nationaux à assumer leurs responsabilités pour ce qui est de la coordination des efforts dans le domaine de la santé et contribuera à renforcer leurs compétences, en facilitant la coordination nécessaire entre les parties impliquées dans un esprit de respect et d'innovation.

La coordination entre les pays, notamment en vue de la coopération horizontale, se verra stimulée afin de faciliter la mobilisation de ressources extérieures, les flux d'informations et les échanges d'expériences entre pays participants, ce qui constitue l'essence même de la coopération technique entre pays.

S'agissant de la coordination au plan national, le Secrétariat veillera à ce que les programmes des diverses institutions internationales s'harmonisent avec leurs homologues nationaux. Cette coordination se fondera sur une stratégie intégrale du développement national formulée par le biais de la participation intersectorielle.

Le BSP contribuera également à la coordination entre institutions internationales, afin que, même si elles offrent leur appui aux mêmes programmes et zones géographiques, leurs politiques et stratégies concordent et soient régies par des procédures uniformes afin d'éviter le gaspillage de ressources et de parvenir à des orientations complémentaires au service de la Santé pour tous.

## Références

1. PAHO, Mission of the Pan American Sanitary Bureau, Washington, D.C., 1995.
2. PAHO, Health in the *Americas*, 1998 edition, Washington, D.C.
3. United Nations, Economic Commission for Latin America and the Caribbean (ECLAC), *Alojar el desarrollo: una tarea para los asentamientos humanos*, 1996.
4. PAHO, *Mid-decade Evaluation of Water Supply and Sanitation in Latin America and the Caribbean*, 1997.
5. *The Official Web Site of the Third Conference of the Parties*, <http://www.cop3.de>, Internet.
6. WHO, *Health and Environment in Sustainable Development, Five Years after the Summit*, Geneva, 1997, p.119.

7. WHO, *The World Health Report 1997, Conquering Suffering – Enriching Humanity*, Geneva, 1997, p.65.
8. *United Nations World Population Prospects: The 1996 Revision, Annex I: Demographic Indicators*, Population Division, New York, October 1996.
9. Alcantara Sáez M, *Gobernabilidad, crisis y cambio*, Mexico City, Fondo de Cultura Económica, 1995:233-234.
10. Mathews J, Power Shift. *Foreign Affairs*, 1997 (76)1:51-66.
11. ECLAC, *Balance preliminar de la economía de América Latina y el Caribe 1996*, United Nations, Santiago, 1996.
12. UNDP, *Human Development Report, 1995*, Oxford University Press, New York, Oxford, 1995.
13. Inter-American Development Bank (IDB). *Progreso económico y social en América Latina: informe 1996; cómo organizar con éxito los servicios sociales*. Washington, D.C., IDB, 1996:250.
14. *Ibid.*, p. 251.
15. ECLAC, *La brecha de la equidad: América Latina, el Caribe y la Cumbre Social*. Santiago, ECLAC, 1997 (LG/C.1954(CONF.86/3):55).
16. IDB, *op.cit.*, p. 32.
17. ECLAC, *op.cit.*, p.13.
18. IDB, *op.cit.*, pp.36-41
19. ECLAC, *Estudio económico de América Latina y el Caribe 1995-1996*. Santiago, ECLAC, 1996:81.
20. IDB, *op.cit.*, p.61.
21. *Ibid.*, pp.50-51.
22. *Ibid.*, p.108.
23. *Ibid.*, pp.21-125.

24. ECLAC, *La brecha de la equidad*, Chapter I, p.30.
25. *Ibid.*, p.47.
26. *Ibid.*, p.37.
27. IDB, *op.cit.*, p.4.
28. ECLAC, *op.cit.*, p.64.
29. *Ibid.*, p.65.
30. *Ibid.*, p.49.
31. ECLAC, *Panorama social de América Latina 1996*. United Nations, Santiago, 1996.
32. Inter-American Development Bank (IDB), *Economic and Social Progress: Latin America after a Decade of Reforms*, Washington, D.C., 1997.
33. Kliksberg B, *Repensando el Estado para el desarrollo social: más allá de convencionalismos y dogmas*, Reforma y Democracia #8, Revista del CLAD, May 1997.
34. IDB, *Economic and Social Progress: Making Social Services Work*, Washington, D.C., 1996.
35. VII Conferencia de Esposas de Jefes de Estado y Gobierno de las Américas. Iniciativa “*Escuelas Siglo XXI: Formando para a vida*”, Panama, October 1997.
36. ECLAC, *Balance Preliminar de la Economía de América Latina y el Caribe 1996*, United Nations, Santiago, 1996.
37. Franco R, *Los paradigmas de la política social en América Latina*, Revista de la ECLAC, April 1996.
38. *Proposal of the European Union for Reform of the United Nations System in the Economic and Social Areas*. The Nordic UN Reform Project, 1996.
39. United Nations University Millennium Project, *1997 State of the Future Report*, Public Briefing, Washington, D.C., 1997. Cited in *PAHO of the Future: The Institutional Challenge for the Twenty-first Century*, document in preparation.

40. See, for example, OECD, Development Assistance Committee, Development Cooperation Review Series #14, Norway, OECD, Paris, 1996.
41. PAHO, *Strategic Orientations and Program Priorities 1991-1994*, Washington, D.C., PAHO, 1991:13 (PNSP/91-22).
42. Topic discussed in a report of the Comisión sobre Gobernabilidad Global of the United Nations, held in 1995.
43. Constitution of the Pan American Health Organization and Constitution of the World Health Organization.
44. PAHO, Final Report. Seminar: *Rethinking International Technical Cooperation in Health*, Office of Analysis and Strategic Planning, PAHO, May 1996.
45. Alleyne GAO, Sotelo JM, *Technical Cooperation among Countries in the Americas*. Interregional consultation on the programming of technical cooperation in health among countries. Jakarta, Indonesia, February 1993.
46. PAHO, *International Technical Cooperation in Health*, PAHO/AD/94.1, Washington, D.C., 1994.

Annexe



***CE122.R4***

**ORIENTATIONS STRATEGIQUES ET PROGRAMMATIQUES DU  
BUREAU SANITAIRE PANAMERICAIN, 1999-2002**

*LA 122<sup>e</sup> SESSION DU COMITE EXECUTIF,*

Ayant consulté le Document CE122/8 qui propose les orientations stratégiques et programmatiques du Bureau sanitaire panaméricain correspondant à la période 1999-2002,

*DECIDE :*

De recommander à la 25<sup>e</sup> Conférence sanitaire panaméricaine l'adoption d'une résolution formulée dans les termes suivants :

*LA 25<sup>e</sup> CONFERENCE SANITAIRE PANAMERICAINE,*

Ayant consulté le Document CSP25/8, "Orientations stratégiques et programmatiques du Bureau sanitaire panaméricain, 1999-2002";

Reconnaissant la fonction constitutionnelle de la Conférence sanitaire panaméricaine en ce qui concerne la détermination des politiques générales de l'Organisation; et

Reconnaissant la nécessité pour les Etats Membres et le Secrétariat de canaliser leurs efforts et ressources vers des tâches qui élargissent l'accès aux services de santé et aident à satisfaire de manière efficace les besoins sur le plan de la santé des habitants de la Région,

*DECIDE :*

1. D'approuver les "Orientations stratégiques et programmatiques du Bureau sanitaire panaméricain, 1999-2002" en tant que cadre de référence pour la planification stratégique de la coopération technique du Secrétariat.

2. De prier instamment les Etats Membres de tenir compte, lors de la formulation de leurs politiques nationales de la santé, des orientations stratégiques et programmatiques du Bureau correspondant à la période 1999-2002.
3. De prier le Directeur :
  - a) d'appliquer les orientations stratégiques et programmatiques lors de la préparation des budgets programmes biennaux de l'Organisation pendant la période 1999-2002;
  - b) d'évaluer l'impact de la coopération technique avec les Etats Membres, en utilisant comme cadre de référence les "Orientations stratégiques et programmatiques du Bureau sanitaire panaméricain, 1999-2002" et de faire rapport des résultats de ladite évaluation aux Organes directeurs;
  - c) de diffuser le document "Orientations stratégiques et programmatiques du Bureau sanitaire panaméricain, 1999-2002" parmi les Etats Membres et de le transmettre, aux fins d'examen, au Directeur général de l'OMS;
  - d) de transmettre le document susmentionné aux organisations multilatérales et aux organismes de coopération technique des bailleurs de fonds qui participent aux activités sanitaires des Etats Membres.

*(Approuvée lors de la cinquième séance plénière,  
24 juin 1998)*