



ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ



140^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF

Washington, D.C., ÉUA, 25-29 juin 2007

Point 4.11 de l'ordre du jour provisoire

CE140/16 (Fr.)

18 mai 2007

ORIGINAL : ESPAGNOL

VISAGES, VOIX ET LIEUX : RÉPONSE DES COMMUNAUTÉS AUX OBJECTIFS DU MILLÉNAIRE POUR LE DÉVELOPPEMENT

Stratégie depuis une situation de proximité au régionale

Antécédents

1. Le Sommet du Millénaire des Nations Unies a réuni 189 pays qui se sont engagés à réduire la pauvreté d'ici 2015 et ont adopté la Déclaration du Millénaire, laquelle a donné lieu à l'établissement de buts et d'indicateurs dénommés Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD). Cinq ans plus tard, l'Assemblée générale des Nations Unies a reçu son premier rapport d'exécution par la voie des rapports nationaux présentés par les chefs d'État et de gouvernement. Sous la coordination de la Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes (CEPALC), les institutions des Nations Unies dans la Région des Amériques ont établi un rapport intitulé "Les objectifs du Millénaire pour le développement : La perspective de l'Amérique latine et des Caraïbes », qui examine les avancées réalisées et les enseignements tirés pour chaque OMD et énumère également les défis à relever pour concrétiser ces objectifs dans les délais impartis.

Les défis rencontrés par la Région dans la réalisation des OMD

2. Aux niveaux régional et mondial, le plus grand défi est celui des inégalités. En effet, l'Amérique latine et les Caraïbes demeurent la région la moins équitable du monde. Faute de changements fondamentaux dans les politiques sociales régionales, à l'horizon 2015, les inégalités iront croissant. C'est la raison pour laquelle l'accent a été mis sur la nécessité de dépasser les moyennes nationales pour identifier les inégalités et les perspectives d'action au sein des groupements humains et des territoires à l'intérieur des pays mêmes.

3. Le deuxième défi est celui du travail à l'échelle locale, qui met l'accent sur les communautés et les municipalités les plus vulnérables, en les dotant d'initiatives qui obéissent à la multiplicité des causes de la pauvreté, en tenant compte des synergies et de la nature indivisible des OMD et de l'influence des déterminants sociaux et environnementaux de la santé.

4. Le troisième défi, qui reprend les principes de la santé universelle et de la stratégie des soins de santé primaires, est la participation sociale : le pouvoir de l'organisation communautaire et de l'autogestion, l'identification et la conscience collective de ses problèmes, ainsi que la décision de changer la situation en mobilisant les solutions envisageables et techniquement durables ainsi que la construction d'une ligne de référence qui permette de mesurer tant les avancées que les effets des interventions.

5. Le quatrième défi est celui de l'action intersectorielle par la coordination inter-institutions et la formulation de politiques nationales intégrées et intégrales, qui s'appuient sur les besoins réels, ressentis et exprimés par les habitants des communautés les plus pauvres et les plus vulnérables.

6. Le cinquième défi est la coopération externe et la coordination inter-institutions, qui focalise les actions et les ressources dans une optique de complémentarité, de synergie et de synchronie au sein des communautés les plus vulnérables. La programmation conjointe, menée par les autorités nationales et locales, fait partie intégrante de la réforme des Nations Unies qui réclame une action intégrée en fonction de la conjoncture locale et un effort commun pour mobiliser les ressources.

7. Près de 30 ans après la Conférence internationale d'Alma Ata sur les soins de santé primaires, une perspective rénovée impulse nouvellement les efforts vers la réalisation des OMD. Il s'agit de renforcer les systèmes sanitaires pour garantir un accès aux services qui soit juste, équitable et durable, et de cristalliser des actions de promotion de la santé et de prévention qui incluent un traitement des déterminants sociaux, tout en reconnaissant les liens et l'influence réciproque existant entre la santé et le développement.

Le positionnement de l'OPS face aux OMD

8. La Région des Amériques est constituée en grande partie de pays à revenus moyens, quoiqu'il existe un certain nombre de pays pauvres et plusieurs pays qui abritent des populations pauvres. Ces dernières années ont vu des progrès considérables dans la réduction de la pauvreté et de l'indigence. En 2004, 222 millions de personnes vivaient dans un état de pauvreté ; en 2006, ce nombre a été réduit à 205 millions. D'autre part, en 2004, 96 millions de personnes ont été considérées comme vivant dans un état de

pauvreté extrême ou d'indigence ; en 2006 cependant, ce nombre a été réduit à 81 millions.¹ Nonobstant cela, les inégalités existant à l'intérieur des pays demeurent le plus grand défi posé à la Région. Certaines études prospectives s'appuyant sur le coefficient de Gini prévoient qu'en 2015, les Amériques demeureront la région où il existe le plus d'inégalités au monde.

9. La conséquence de cette conjoncture régionale est que la perspective mondiale met en exergue la nécessité non seulement d'intervenir dans les pays les plus pauvres mais aussi de prêter attention aux personnes vivant dans un état de pauvreté et de vulnérabilité, dans des pays à revenus moyens, et qui sont écartés des moyennes nationales. Plus de 90 % des personnes pauvres de cette Région vivent dans des pays à revenus moyens et c'est la raison pour laquelle l'OPS s'engage à concentrer ses interventions sur les municipalités les plus vulnérables, en raison de leur situation socio-économique mais aussi sanitaire. L'initiative Visages, voix et lieux permettra à l'Organisation d'aider les pays à combler les inégalités et de garantir que, dans ces communautés, chaque famille et chaque individu deviennent des parties prenantes des processus garantissant leur santé et contribuent ainsi à la réalisation des OMD.

Cartes des inégalités à l'échelle municipale

10. Dans le cadre de l'accord intervenu entre l'OPS et la CEPALC, un mécanisme a été arrêté pour impulser l'initiative Visages, voix et lieux dans le cadre de la réalisation des OMD par l'analyse de bases de données de recensement issues du cycle 2000 dans des pays d'Amérique latine et des Caraïbes. Les activités consistaient alors à choisir un indicateur de vulnérabilité des municipalités pour le classer par rapport à la situation nationale, estimer des indicateurs de suivi des OMD et d'autres indicateurs sociaux et économiques disponibles à partir des données de recensement et à tracer une carte illustrative des situations nationales. Pour classer les communes, l'indicateur désigné portait le nom Besoins fondamentaux non satisfaits (NBI). Il s'agit d'un indicateur complexe, qui inclut des dimensions liées à la qualité du logement (matériaux de construction), à la situation de logement des ménages (surpeuplement, disponibilité d'eau potable, accès aux dispositifs d'élimination des excréments), à l'accès à l'éducation pour les membres du ménage (les enfants qui ne fréquentent pas d'établissements d'enseignement primaire alors qu'ils devraient les fréquenter) et la capacité économique des ménages (rapport personnes/membres ayant une occupation et chefs de foyer d'un certain âge et niveau d'instruction). Le résultat final est une base de données et des cartes par pays, à l'échelle municipale, pour certains indicateurs (NBI et taux de mortalité infantile).

¹ Rapport 2007 de la CEPALC.

Adhésion des pays à l'initiative : rénovation des engagements et des actions

11. L'initiative n'a pas pour objet de "réinventer la roue" mais de la "faire tourner" plus rapidement. Il s'agit plutôt de reprendre les expériences acquises dans le cadre des travaux réalisés depuis Alma Ata, de le redynamiser en lui insufflant une perspective communautaire et un objectif concret, puis d'avancer sur la voie de la réalisation des OMD en améliorant les conditions de santé et le degré de développement des communautés moins visibles et en retard. L'initiative Visages, voix et lieux est un élément catalyseur de changement dont le but est de raviver et de coordonner des actions permettant aux dirigeants politiques du pays, aux leaders et habitants des communautés, aux organisations non gouvernementales, aux organisations internationales et à la communauté internationale œuvrant dans la coopération de travailler de concert. Suit une liste des expériences sous-nationales qui reposent sur des engagements nationaux des différents pays.

Amérique centrale, Cuba et République dominicaine

12. Plusieurs stratégies ont animé la tâche accomplie dans les municipalités désignées d'Amérique centrale. En ce qui concerne le *Guatemala*, l'approche multiculturelle et sexospécifique en matière de santé a impulsé les travaux réalisés dans la région de Chiquimula et à El Estor. À *El Salvador*, une stratégie de développement intégré de la santé municipale a été lancée à Rosario de Mora et Santiago Texacuangos, assortie d'une approche intersectorielle et multi programmatique pour impulser les déterminants de la santé par des actions participatives axées sur une analyse de la situation, une définition des problèmes et un appui à la conception de plans locaux de santé reposant sur des soins de santé primaires rénovés, une réduction des inégalités et un élargissement de la protection sociale selon un modèle sanitaire familial. Au *Nicaragua*, à San Carlos précisément, deux axes de l'intervention communautaire ont été retenus : la santé maternelle et infantile et la promotion du tourisme selon une approche de santé pour impulser la croissance économique dans la région de Río San Juan. Dans le canton de Corredores au *Costa Rica*, deux sphères d'intervention ont été arrêtées : la production alimentaire durable dans un contexte de sécurité alimentaire et nutritionnelle et d'environnements sains, en donnant la priorité à l'accès à l'eau potable et à la collecte et la gestion des déchets solides. Les axes transversaux correspondant au développement local, à l'éducation et à l'information au service d'une participation et d'un leadership accrus de la collectivité ont été retenus. Au *Panama*, à Santa Fé de Veraguas, la lutte contre la malaria a été identifiée, avec des interventions fondées sur la lutte intégrée contre les vecteurs, l'aménagement de l'environnement et le renforcement des services sanitaires, les interventions intersectorielles dans le cadre des déterminants de la santé pour identifier le cycle de pauvreté, d'inégalité, d'exclusion et de vulnérabilité, en tenant compte de la promotion de la santé, de la pluriculturalité et de la participation sociale et communautaire comme piliers des stratégies d'intervention. En *République dominicaine*,

ce sont les communes les plus vulnérables qui ont retenu l'attention, avec un engagement de tous les membres du gouvernement pour apporter des réponses aux problèmes constatés. À *Cuba*, l'initiative a choisi la communauté de Cotorro en raison de sa vulnérabilité socio-économique.

Caraïbes anglophones, Haïti et Suriname

13. Dans les pays anglophones des Caraïbes, entre autres thèmes pertinents pour cette sous-région, les actions engagées pour réaliser les OMD comprennent les maladies chroniques, les toxicomanies et la violence, c'est-à-dire les dénommés OMD-Plus. La voie proposée est de réaliser les OMD-Plus en établissant un lien ténu avec la stratégie de soins de santé primaires et de promotion de la santé. En ce qui concerne les Caraïbes, l'initiative ne saurait se limiter à une communauté géographique qui définit sa propre vulnérabilité par des raisons socio-économiques car elle s'étend à des groupements humains vivant dans un état de vulnérabilité pour différentes raisons, comme le statut de migrants, d'exclus, ou encore en raison d'une discrimination contre les jeunes en raison de leur séropositivité. La situation d'Haïti réclame un traitement particulier, nécessaire pour concentrer les efforts sur des stratégies localisées de réduction de la pauvreté et de renforcement de la gouvernance.

Mexique et Amérique du Sud

14. En raison de l'étendue de leur territoire et de la pluralité de leurs habitants, le *Mexique* et le *Brésil* ont opté en faveur de stratégies qui leur permettent d'intervenir à l'échelle sous-nationale, entre autres par le biais du Réseau des maires et des secrétaires municipaux à la Santé. Pour sa part, la *Colombie* emploie une stratégie bidimensionnelle : une action nationale par la coordination avec des initiatives nationales comme le réseau "Juntos" dont l'objectif est la réduction de la pauvreté extrême, et des actions locales visant certaines municipalités précises. En *Équateur*, l'équipe de l'initiative collabore avec la commune de Nabón dans la province d'Azuay qui est dotée d'une base de données, de cartes et d'indicateurs sociaux ainsi que d'une proposition d'intervention intersectorielle et inter-institutions qui bénéficie d'un appui politique et d'un investissement social. Par l'initiative "Barrio Adentro", le *Venezuela* aborde les obstacles en matière de santé sur le plan local par des stratégies de soins de santé primaires, l'engagement des médecins communautaires et la coordination des missions à vocation sociale. Au *Pérou*, en réponse aux engagements et priorités incorporés à l'agenda public national consistant à réduire la dénutrition infantile chronique, avec une coordination entre le gouvernement central et les autorités régionales de Callao, l'initiative appuie la communauté de Ventanilla pour progresser dans le contexte de déterminants sociaux de la santé par l'impulsion d'une activité inter-institutions avec l'UNICEF et le PNUE. La *Bolivie* a choisi le réseau des communautés saines et productives en impulsant des changements dans la qualité de vie à Chacaltaya, avec des projets de production

générateurs d'emplois et de revenus. Cette expérience devrait se reproduire dans d'autres communautés tant des hauts plateaux (Pampas Aullaga) que du Chaco (Yapiroa). En outre, le programme national dénommé "Dénutrition zéro", impulsé par le ministère de la Santé, a bénéficié d'un appui. Au *Paraguay*, les activités se sont concentrées sur Yuty, dans la région de Caazapa, sur la trace des actions réalisées avec la composante communautaire de Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME), un exercice de planification participative avec des acteurs des localités (autorités locales, commissions municipales, écoles et services sanitaires) qui a donné lieu à des activités de promotion et de prévention de la santé maternelle, infantile et familiale dans le cadre des OMD 1, 4 et 5. En *Uruguay*, l'initiative Visages, voix et lieux a été impulsée dans le cadre du projet des mairies saines et productives qui ont démontré leur capacité de réduire la pauvreté et d'impulser le développement. Au *Chili*, le choix s'est porté sur San Joaquín, selon une approche de santé urbaine, et une alliance internationale a été établie avec le centre Kobe qui met l'accent en particulier sur la protection de l'enfance. La synergie internationale, nationale et sous-nationale concentre son attention sur l'appropriation de l'initiative par les acteurs locaux et ce, par le biais de la formation, de la recherche et de la coopération technique. *L'Argentine* a consolidé le réseau des communes et communautés saines ainsi que le programme des médecins communautaires sous la tutelle du ministère de la Santé et en coordination avec les administrations, les universités et d'autres parties prenantes nationales et locales. À l'heure actuelle, dans plusieurs régions du pays, les stratégies de réalisation des OMD sont examinées dans le cadre d'une intervention intersectorielle du Conseil national de coordination des politiques sociales. Dans ce sens, ont été sélectionnées deux communes, à savoir Palpalá et Chepes, où des expériences modèles sont en cours.

Panier de méthodologies, stratégies et bonnes pratiques

15. L'initiative a pour objectif de mettre à la disposition des collectivités tous les outils et les expériences de l'OPS et d'autres institutions pour intervenir sur le plan local, au profit des groupes les plus vulnérables. Les pays ont une longue expérience de programmes de réduction de la pauvreté et d'amélioration des conditions de santé qu'ils ont acquise par le biais de stratégies intersectorielles comme *Bolsa Familia*, *Oportunidades*, *Chile Solidario*, *Chile Puente* et *Redes de Solidaridad*, des missions à vocation sociale, des activités de sécurité alimentaire et nutritionnelle (SAN), les municipalités productives et saines, pour ne signaler que celles-ci. L'initiative Visages, voix et lieux quant à elle se propose de consolider les alliances stratégiques entre les communautés, les ministères de la Santé et d'autres instances comme les fonds d'investissement social, les ministères chargés du développement social, de l'éducation, du travail et de l'environnement. Ainsi, l'on peut envisager de démontrer que même dans les localités les plus pauvres et vulnérables, si l'on conjugue les efforts et l'on intervient dans un contexte multisectoriel, les déterminants sociaux de la santé peuvent aboutir à la réalisation des OMD. Il s'agit de constituer un "panier" de méthodologies à la disposition

des acteurs locaux, contenant des méthodologies, des stratégies et des interventions fondées sur les preuves et fonctionnant avec des technologies appropriées, sexospécifiques et culturellement acceptables pour chacun des OMD selon une perspective de santé et de développement.

16. Il importe de réorienter les ressources nationales et internationales vers les collectivités les plus vulnérables et aussi de créer les capacités humaines pour en faire des autorités locales, en fonction des besoins constatés par les habitants des localités qui ont accès aux contributions de la solidarité et sont capables d'exécuter efficacement les ressources reçues comme un exercice de leur citoyenneté qui conforte leurs droit de participer aux bienfaits du développement.

Synergie avec d'autres acteurs et institutions

17. La responsabilité de l'OPS dans le cadre de l'initiative Visages, voix et lieux est d'appuyer les pays au moyen d'accords conclus avec les ministères de la Santé et d'autres intervenants, et d'impliquer les institutions des Nations Unies et du Système interaméricain, dans la limite de leurs compétences et de leurs programmes clés, au profit des communautés les plus vulnérables. Seule une tâche synergique, réalisée en réponse aux origines multiples de la pauvreté et en fonction de la voix et de l'action communautaire, pourra aboutir à la concrétisation des OMD et à l'amélioration des conditions de santé et de développement, ce qui garantira la durabilité.

Nouvelles orientations et prochaines étapes

18. L'initiative VVL, qui cible ses interventions sur les communautés les plus pauvres abritant les groupes sociaux les plus vulnérables, traduit les valeurs de l'équité et du panaméricanisme. Elle met l'accent sur le plaidoyer en faveur des plus vulnérables et consolide l'édification d'une citoyenneté fondée sur des droits et devoirs partagés, par le biais d'une intervention intersectorielle et inter-institutions qui conjugue les actions et les volontés au profit de la réalisation de OMD dans les régions où les progrès accusent des retards et les retards sont devenus invisibles dans les moyennes nationales.

19. Les communes sélectionnées lors de la première étape remplissent une fonction de démonstration et de plaidoyer. L'initiative se propose de "mettre le doigt sur la plaie" des déterminants sociaux des inégalités en matière de santé. (Elle propose également de laisser entrevoir de nouvelles orientations pour coordonner les stratégies de soins de santé primaires et de promotion de la santé en fonction du développement local ainsi qu'un engagement commun, issu des besoins exprimés par les membres de la communauté, armé d'une volonté politique et d'un appui technique et financier, capable de réduire de moitié la pauvreté dans les communes démunies). Pour la Région, la contribution apportée par cette initiative est le passage de l'analyse des indicateurs des

OMD à la recherche-action participative qui donne lieu à l'appropriation de cette initiative par la collectivité et à l'engagement du gouvernement et des institutions pour une transformation de la situation communautaire. Les expériences systématisées et partagées peuvent venir à l'appui des processus de généralisation des apprentissages et/ou s'associer à la dynamique propre à chaque pays pour la formulation de politiques nationales intégrées et intégrales, qui améliorent notablement et le plus rapidement possible les indicateurs de santé.

Mesures à prendre par le Comité exécutif

20. Le Comité exécutif est invité à formuler des observations et suggestions sur l'Initiative « Visages, voix et lieux » et à recommander des mesures à prendre pour mener à bien l'accomplissement des Objectifs du millénaire pour le développement au niveau des communautés le plus vulnérables.

- - -