

54^e CONSEIL DIRECTEUR

67^e SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL DE L'OMS POUR LES AMÉRIQUES

Washington, D.C., ÉUA, du 28 septembre au 2 octobre 2015

CD54/DIV/7
Original : espagnol

**PAROLES D'OUVERTURE DE M. HECTOR SALAZAR SANCHEZ, GERANT DU SECTEUR
SOCIAL DE LA BANQUE INTERAMERICAINE DE DEVELOPPEMENT**

**PAROLES D'OUVERTURE DE M. HECTOR SALAZAR SANCHEZ, GERANT DU SECTEUR
SOCIAL DE LA BANQUE INTERAMERICAINE DE DEVELOPPEMENT**

**Le 28 septembre 2015
Washington, D.C.**

**54^e Conseil directeur de l'OPS
67^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques**

Bonjour à vous tous, les délégués, dirigeants, autorités et experts distingués de la commission d'ouverture : M. Juan Orlando Hernández, Président du Honduras, Mme Sylvia Mathews Burwell, Secrétaire du Département de la Santé des États-Unis, M. Luis Almagro Lemes, Secrétaire général de l'Organisation des États Américains, Docteur Hans Troedsson, Sous-directeur du Département de l'administration générale de l'Organisation mondiale de la Santé, Docteur Carissa Etienne et autres présents.

Je vous transmets les salutations du Président de la Banque interaméricaine de développement, Monsieur Luis Alberto Moreno. Je suis ici au titre de représentant de la Banque et en tant que Gérant du secteur social, dont relève un des domaines les plus importants : celui de la santé et de la protection sociale, comme indiqué ici, en plus de celui de l'éducation.

Nous sommes une Région qui est en voie de combler les lacunes de la santé mondiale. Comme vous le savez, le Chili, le Costa Rica et Cuba ont notablement réduit leurs taux de mortalité évitable dont les chiffres sont comparables à ceux des pays développés. Cette année l'objectif régional de réduction de la mortalité des enfants de moins de cinq ans a été atteint à hauteur de 97 % et l'objectif de mortalité chez les enfants de moins d'un an à hauteur de 83 %. Toutefois, bien que les disparités persistantes aient été réduites, Haïti, par exemple, compte 14 fois plus de décès maternels que le Chili (350 et 14 décès maternels pour chaque 100 000 naissances vivantes, respectivement) et le Guatemala compte huit fois plus d'enfants souffrant de malnutrition chronique que le Costa Rica.

Les systèmes de santé des pays de la Région se trouvent à des phases distinctes de leur évolution, ce qui témoigne de la variabilité de leur capacité et de leur performance. Toutefois, des approches conservatrices coexistent avec d'autres, plus novatrices. La persistance de stratégies verticales pour contrôler des maladies spécifiques signale une tendance conservatrice alors que les réformes de la santé ayant pour but d'atteindre la couverture universelle, de réduire les inégalités, de générer des avantages explicites et de garantir la protection financière reposent sur des approches novatrices. De nombreux pays de la Région sont des modèles dans ce sens.

Les efforts faits pour améliorer les soins primaires de santé en tant que porte d'entrée aux réseaux de services plus intégrés impriment un nouvel élan pour assurer des services de santé plus équitables et disposant d'une plus grande capacité d'intervention. Cela nous le savons. Les approches sont multiples et en même temps compatibles avec les contextes locaux. Je mentionne quelques exemples, notamment les équipes communautaires de santé familiale au Salvador, le modèle de santé familiale et communautaire au Nicaragua, le modèle de soins intégraux de santé de l'Équateur, le programme SUMAR de l'Argentine et la stratégie nationale pour la prévention et le contrôle des maladies chroniques non transmissibles et la promotion de la santé du Mexique, qui nous offrent à tous des leçons importantes. La stratégie de santé familiale du système unique de santé du Brésil, qui est aussi une référence obligée, est bien connue.

Toutefois, le situation devient plus difficile car le fardeau de la maladie est de plus en plus dû aux maladies chroniques non transmissibles et aux traumatismes résultant des accidents ou de la violence. Soixante-huit pour cent des décès dans la Région sont causés par des maladies chroniques. Malgré les progrès, les inégalités dans l'accès aux services de santé de qualité avec un financement public pour les segments les plus vulnérables de la population présentent des défis encore très importants. Cette problématique complexe exige la mise en réseau d'acteurs multiples et l'adoption de réponses novatrices qui doivent être soutenues par les gouvernements mais qui doivent aussi être institutionnalisées pour devenir pratique courante.

Nos pays doivent renforcer la gouvernance pour améliorer la performance des systèmes de santé et avoir un impact sur l'état de santé de la population. La gouvernance en santé correspond à des processus de prises de décisions responsables, transparentes, efficaces et efficientes qui minimisent le gaspillage que produit l'inégalité en faveur de la durabilité des systèmes de santé.

La précarité de la gouvernance, comme je l'ai dit, est un thème central et visible aux niveaux communautaire et national, dans les systèmes de santé de nombre de nos pays. Par exemple, au niveau communautaire, l'épidémie due au virus du chikungunya a confirmé l'urgence de renforcer les systèmes de surveillance épidémiologique et les services de santé pour répondre à ce risque et à d'autres.

Au niveau national, la recherche de la couverture universelle met en évidence la nécessité d'améliorer les processus de prises de décisions fondées sur les données probantes, la planification par les résultats, les projections des dépenses à moyen terme, les politiques des ressources humaines, la collaboration entre les domaines techniques et entre les niveaux centraux et infranationaux. L'intérêt global ne se centre plus seulement sur la façon dont fonctionne un système de santé mais également sur la mesure et l'amélioration de sa performance. De là le thème de la gouvernance que j'ai souligné auparavant.

Nous devons poursuivre les efforts pour identifier ce qui fonctionne et ce qui ne produit pas les résultats espérés, pour identifier les dimensions politiques et sociales des réformes et pour renforcer les outils qui aident à la prise de décisions, comme par exemple la définition du panier d'avantages sociaux et l'établissement de priorités concernant ces avantages de même que la stratégie de mobilisation des ressources.

La volonté politique pour réduire l'inégalité et offrir l'accès n'est pas suffisante. Cette volonté doit se traduire par la mise en place de politiques de gouvernance qui permettent d'atteindre ces objectifs. Par exemple, alors que les dépenses en matière de santé sont plus élevées, de nombreuses personnes paient de leur poche car la couverture des services est inappropriée et la qualité des services fournis sur la base de fonds publics n'est pas celle souhaitée. Trente-trois pour cent des dépenses de santé en Amérique latine et dans les Caraïbes sont encore directement payés par les usagers, comparé à 14 % dans les pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). Même si ce pourcentage tend à diminuer, en l'an 2000 il était de 38 %, cet aspect mérite une attention importante car il est préoccupant qu'il en soit encore ainsi.

En conclusion, la gouvernance en matière de santé dans les pays d'Amérique latine et des Caraïbes doit évoluer pour que les systèmes de santé soient en mesure de répondre aux grands défis qu'ils affrontent en vue d'atteindre les résultats tangibles de la couverture universelle et de diminuer les inégalités au sein de la population.

Merci beaucoup.
