

édition de 2017

# La santé dans les Amériques+

Résumé du panorama régional et profils de Haïti et des départements français d'Amérique : Guadeloupe, Guyane et Martinique



Organisation  
panaméricaine  
de la Santé



Organisation  
mondiale de la Santé  
BUREAU RÉGIONAL DES Amériques

Édition de 2017

# La santé dans les Amériques+

Résumé du panorama régional et profils de Haïti et des départements français d'Amérique : Guadeloupe, Guyane et Martinique



Organisation  
panaméricaine  
de la Santé



Organisation  
mondiale de la Santé  
Amériques

Washington, D.C.  
2017

La santé dans les Amériques+, édition de 2017. Résumé du panorama régional et profils de Haïti et des départements français d'Amérique (Guadeloupe, Guyane et Martinique). ISBN: 978-92-75-21968-3

© **Organisation panaméricaine de la Santé 2017**

Tous droits réservés. Les publications de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) sont disponibles sur son site web (**www.paho.org**). Les demandes relatives à la permission de reproduire ou traduire, entièrement ou partiellement, les publications de l'OPS doivent être adressées au Programme des publications (**www.paho.org/permissions**).

**Citation suggérée.** Organisation panaméricaine de la Santé. La santé dans les Amériques+, édition de 2017. Résumé du panorama régional et profils de Haïti et des départements français d'Amérique (Guadeloupe, Guyane et Martinique). Washington, D.C. : OPS, 2017.

**Catalogage à la source.** Disponible à l'adresse **http://iris.paho.org**.

Les publications de l'Organisation panaméricaine de la Santé bénéficient d'une protection du droit d'auteur conformément aux dispositions du Protocole 2 de la Convention universelle sur les droits d'auteur. Tous droits réservés.

Les appellations employées et la présentation de l'information dans cette publication n'impliquent de la part du Secrétariat de l'Organisation panaméricaine de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites.

La mention de firmes et de produits commerciaux ne signifie pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation panaméricaine de la Santé, de préférence à d'autres de nature analogue qui ne sont pas mentionnés. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation panaméricaine de la Santé a pris toutes les précautions nécessaires pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'Organisation panaméricaine de la Santé ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

Ce deuxième tirage contient des corrections typographiques et de format identifiées dans le tirage initial.

# SOMMAIRE

<b>PROLOGUE</b> .....	<b>iii</b>
<b>PRÉFACE</b> .....	<b>v</b>
<b>AVIS À NOS LECTEURS</b> .....	<b>vii</b>
<b>REMERCIEMENTS</b> .....	<b>viii</b>
<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>1</b>
<b>PANORAMA RÉGIONAL</b> .....	<b>3</b>
La santé universelle.....	5
Les principaux problèmes et défis de santé.....	11
<i>La santé dans les Amériques+ 2017: panorama régional</i> .....	19
Perspectives d'avenir pour la santé dans la Région.....	37
Conclusions.....	45
Références.....	47
<b>PROFILS DES PAYS</b> .....	<b>57</b>
Haïti.....	59
Départements français d'Amérique ( <i>Guadeloupe, Guyane et Martinique</i> ).....	65



# PROLOGUE

La santé est non seulement un droit indispensable mais aussi une condition propice au plein exercice d'autres droits. Le *Programme de développement durable à l'horizon 2030 (Programme à l'horizon 2030)* traduit ce principe en proposant une vision universelle, intégrée et indivisible qui exprime clairement les liens réciproques entre la santé et le bien-être de la personne humaine avec la croissance économique et la viabilité de l'environnement. Cet ambitieux programme donnera le ton des politiques publiques qui seront énoncées dans les décennies à venir. Pour réaliser les objectifs qui y sont fixés, il faudra adopter des méthodes plus collaboratives afin d'aborder les inégalités dans la Région à travers toutes les dimensions du développement, qu'elles soient sociales, environnementales ou économiques, et adopter une vision claire qui transcende les générations.

*La santé dans les Amériques+* est le dernier rapport quinquennal publié par l'Organisation Panaméricaine de la Santé (OPS). Il couvre la période 2012-2017 et aborde la situation de la santé, les déterminants de la santé et les tendances observées dans la Région des Amériques. Cette édition de *La santé dans les Amériques* marque la célébration de nombre d'accomplissements. La période 2012-2017 a vu l'aboutissement des objectifs du Millénaire pour le développement et, dans ce contexte, l'Amérique latine et les Caraïbes ont réalisé d'importants progrès dans leur lutte contre la pauvreté et l'extrême pauvreté, la faim et la mortalité des nourrissons et des enfants. Aujourd'hui, les habitants de la Région vivent plus longtemps et en meilleure santé. Comme le souligne ce rapport, la mortalité due aux maladies non transmissibles est en baisse, tout comme l'incidence de certaines maladies transmissibles telles que la tuberculose et le VIH, et la part du PIB affectée aux dépenses de santé publique a augmenté.

Toutefois, des défis persistent.

Au premier rang figurent des disparités profondes qui minent notre Région. En Amérique latine et dans les Caraïbes, nombreux sont ceux qui n'ont pas accès aux soins de santé de base. Les inégalités concernant les résultats sanitaires sont présentes dès la naissance, elles sont le résultat d'un concours de circonstances comme la situation socioéconomique, le sexe, la race, l'appartenance ethnique et la situation géographique. Comme l'a affirmé la Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes (CEPALC), ces inégalités en matière de santé s'accumulent tout au long de la vie et font échec au plein exercice des droits et à la pleine participation dans tous les secteurs de nos sociétés. Pour les générations futures, elles ont aussi de graves conséquences sur la transmission du bien-être entre générations.

Il est aussi vrai que les réalisations remarquables et multiples en matière de santé qui ont été récemment constatées à travers la Région se sont inscrites dans un contexte économique favorable, un contexte dans lequel les gouvernements membres ont pris l'engagement de combattre la pauvreté et réduire les inégalités. À l'heure de la décélération économique, il est particulièrement important que les gouvernements en Amérique latine et dans les Caraïbes renforcent leur engagement en faveur de la couverture sanitaire universelle, une étape primordiale vers la construction de systèmes de protection sociale selon une perspective de droits. Il faut aussi accomplir des progrès pour améliorer la qualité des services de santé et promouvoir une approche intégrée et holistique de la santé afin de forger des relations positives et synergiques avec d'autres dimensions du bien-être.

Par ailleurs, de nombreux pays de la Région sont simultanément confrontés à une population de plus en plus âgée, à la hausse des maladies chroniques non transmissibles qui accompagnent ce vieillissement et au défi persistant des maladies infectieuses réémergentes et émergentes comme la dengue et le Zika. La riposte aux effets imprévisibles mais souvent dévastateurs du changement climatique, tels la multiplication des catastrophes naturelles, sur la morbidité et la mortalité, surtout chez les personnes pauvres, les personnes jeunes et âgées et les femmes, constitue aussi un défi.

Face à ces défis s'ouvrent de nouvelles perspectives. En effet, le paysage technologique en devenir permanent continuera de révolutionner le secteur de la santé, de sa gestion jusqu'à ses infrastructures, afin d'intégrer de nouveaux produits et mécanismes pour améliorer la prestation de services. Ces progrès technologiques peuvent aboutir à des améliorations sur le plan de la santé, même si la croissance économique ralentit ou s'arrête. Bien que ces avancées technologiques portent en elles la possibilité d'améliorer la santé et la qualité de vie de la population tout en comblant les écarts sur le plan des iniquités, il convient d'agir avec

prudence pour éviter qu'elles ne creusent davantage, par inadvertance, les inégalités en matière de santé : certains groupes de population pourraient en tirer profit alors que d'autres seraient laissés pour compte.

Dans cette période de transition vers le nouveau programme de développement, nous avons aussi l'occasion de tirer profit de l'expérience des objectifs du Millénaire pour le développement, qui ont dispensé de précieux enseignements sur la manière d'améliorer la santé de la population. Parmi ces enseignements figurent : l'amélioration de la coordination entre les organismes du secteur public pour mettre en œuvre les objectifs de développement au regard de la santé et en assurer le suivi, l'établissement d'objectifs et d'indicateurs précis qui correspondent aux situations de la Région et des pays et l'amélioration des sources de données pour obtenir des statistiques de grande qualité, périodiques et ventilées, afin d'être en mesure de dépasser les moyennes régionales et nationales et, ainsi, déterminer et satisfaire les besoins des personnes laissées pour compte, dans l'esprit du *Programme à l'horizon 2030*.

La ressource la plus précieuse de la Région des Amériques est sa population. La promotion et la protection de sa santé sont primordiales pour progresser vers l'avènement de sociétés plus équitables et plus productives. Je suis persuadée que la réalisation du *Programme à l'horizon 2030* et la garantie du plein exercice des droits, surtout en ces temps d'incertitude, exigeront la formation de nouvelles coalitions, de nouveaux partenariats et contrats, tant au sein de nos pays qu'entre ceux-ci, de sorte que nous puissions tous, ensemble, construire cet avenir auquel nous aspirons : ouvert à tous, juste et durable.

**Alicia Bárcena**, *Secrétaire exécutive*  
Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes

# PRÉFACE

Depuis sa création il y a 61 ans, *La santé dans les Amériques* est reconnue comme la publication phare de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS). Elle correspond à un créneau particulier en matière d'information car elle constitue un instrument unique présentant des rapports sur les principaux progrès, enjeux et tendances dans le domaine de la santé dans la Région des Amériques.

*La Santé dans les Amériques* fait suite au mandat émané du 7<sup>e</sup> Conseil directeur de l'OPS tenu en 1953, au cours duquel les États Membres ont demandé au Directeur du Bureau sanitaire panaméricain (le secrétariat de l'OPS) d'élaborer un rapport périodique sur les conditions de santé dans la Région. Depuis sa première édition révolutionnaire en 1956, cette publication est parue 15 fois.

L'édition la plus récente (2017) a bénéficié d'innovations majeures qui ont permis d'élargir le champ de *La santé dans les Amériques* et de faire évoluer la publication. Nous avons étoffé l'approche traditionnelle de la publication, caractérisée par une focalisation sur l'aspect épidémiologique, pour inclure un nouveau volet sur les perspectives d'avenir, qui offre des scénarios élaborés sur la base de tendances historiques et de situations potentielles. Au lieu de s'en tenir à une simple observation, une description et une explication d'événements passés ou présents, la présente édition va plus loin et fait des prévisions sur l'avenir de la santé dans la Région.

Pour la première fois, la version imprimée de la publication qui retrace habituellement une époque définie dans le temps est complétée par une plate-forme interactive, *La santé dans les Amériques+*, qui sera régulièrement mise à jour avec de nouvelles données et un nouveau contenu au fur et à mesure que l'information sera disponible. Cette plate-forme permettra aux États Membres de consulter comme de contribuer en envoyant des informations pertinentes, et de partager leurs analyses et leurs réflexions sur les progrès réalisés en vue de parvenir à la santé universelle.

Entre autres innovations dans l'évolution de cette édition, il faut citer la contribution des divers partenaires impliqués dans la santé à l'échelle nationale, ce qui enrichit la publication et donne plus de substance à son contenu. Des tribunes spéciales ont été convoquées par les bureaux de pays de l'OPS pour faciliter cette large contribution des partenaires. Enfin, une équipe de réviseurs externes et un groupe consultatif d'experts techniques ont été retenus pour apporter une contribution et procéder à une analyse critique de la publication.

*La santé dans les Amériques+ 2017* est lancée à un moment où le monde s'est engagé envers le *Programme de développement durable à l'horizon 2030* qui comporte un ensemble de 17 objectifs ambitieux et visionnaires devant aboutir au développement durable. Alors que les objectifs de développement durable tracent la nouvelle marche à suivre pour l'avenir, on ne saurait nier les progrès sans précédent enregistrés par les pays des Amériques pour atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement entre 2000 et 2015. *La santé dans les Amériques+ 2017* montre combien la Région dans son ensemble et les pays qui en font partie ont graduellement élargi la couverture et l'accès aux services de santé, amélioré l'espérance de vie et réduit les écarts dans les inégalités. La réduction du taux de mortalité infantile et des enfants âgés de moins de cinq ans ainsi que la diminution des maladies infectieuses figurent parmi quelques-uns des succès décrits dans cette nouvelle édition.

Notre réalisation la plus importante a peut-être été d'acquiescer une plus grande sensibilité vis-à-vis des écarts qui subsistent encore dans le domaine de la santé et des obstacles spécifiques qui doivent être surmontés pour parvenir au but ultime que représente la santé universelle.

Nous sommes profondément conscients, par exemple, qu'il sera impossible de parvenir à la santé universelle si les systèmes de santé demeurent fragmentés et fractionnés, et tant que les individus seront forcés d'acheter des services pour pouvoir gérer leurs besoins en santé. De surcroît, nos analyses soulignent la nécessité d'investissements publics accrus dans le domaine de la santé. Il est aussi crucial que le secteur privé, le secteur universitaire, la société civile et les communautés apportent leur contribution au moyen d'investissements, d'actions menées en coopération et du recours à des pratiques optimales pour s'assurer que personne ne soit laissé pour compte.



Notre Région est très hétérogène en termes de tendances épidémiologiques et nous notons que plusieurs pays doivent supporter le double fardeau des maladies transmissibles et non transmissibles. Les maladies non transmissibles, notamment les maladies cardiovasculaires, le cancer, le diabète, les maladies mentales, les troubles neurologiques et ceux causés par la consommation de substances toxiques, les actes de violence et les accidents, sont les principales causes de maladies, d'incapacité et de mortalité dans la majorité de nos pays. Alors que de nombreuses interventions efficaces sont disponibles, elles ne sont cependant pas accessibles à tous. Il nous incombe de remédier à ces iniquités.

Les maladies transmissibles, y compris les maladies émergentes et réémergentes, sont une menace permanente pour notre Région tout entière. La mise en œuvre du Règlement sanitaire international avance mais des efforts accélérés sont nécessaires pour assurer des progrès durables dans ce domaine. Lors des dernières années, notre Région a connu des flambées épidémiques de chikungunya, de choléra, d'Ebola, de fièvre jaune, de Zika et d'autres événements de santé publique qui ont mis à rude épreuve notre état de préparation et nos capacités de riposte. En même temps, les pays des Amériques ont été à l'avant-garde de l'élimination des maladies transmissibles : la rubéole et la rougeole représentent les deux exemples les plus récents, mais d'autres maladies comme l'onchocercose et la transmission mère-enfant du VIH et de la syphilis, sont maintenant en passe d'être éliminées. À cet égard, l'OPS soumet un programme complet d'élimination qui inclut des cibles concrètes, quantifiables et vérifiables.

Le vieillissement de la population nous force à repenser la santé et à remanier nos systèmes de santé. Nos populations vivent plus longtemps, ce qui est un développement positif, mais la satisfaction de leurs besoins de santé en mutation requiert de l'innovation et une attention spéciale pour éviter toute discrimination. Le paradigme du parcours de vie nous aide à garantir que nos travaux dans le domaine de la santé incluent toutes les populations, quelle que soit la tranche d'âge.

Un autre défi essentiel auquel nous devons faire face consiste à assurer un environnement durable. Le secteur de la santé, en concert avec d'autres, doit prendre des actions responsables et promouvoir des comportements qui encouragent la santé environnementale et garantissent un progrès constant vers l'accès universel à l'eau potable et à l'assainissement de base. De surcroît, la réduction de la pollution et l'atténuation de l'impact du changement climatique s'avéreront comme des éléments cruciaux pour la préservation de notre planète.

Le rapport offre des perspectives intéressantes et des analyses de ces facteurs ainsi que d'autres enjeux et opportunités majeurs de santé auxquels notre Région doit faire face aujourd'hui. L'information présentée dans *La santé dans les Amériques+ 2017* est essentielle pour une prise de décision rationnelle, alors que nous procédons à l'élaboration d'un programme de santé commun pour la Région, en harmonie avec le *Programme de développement durable à l'horizon 2030* et renforcé par ce dernier. Nous formulons le vœu que ces conclusions soient utilisées par les pays pour élaborer et affiner les cadres de santé qui permettront à chacun d'atteindre les plus hauts niveaux de santé possible. De tels cadres devront être conçus étant bien entendu que le *Programme de développement durable à l'horizon 2030* est la voie choisie, la santé dans toutes les politiques un élément crucial pour avancer sur cette voie et la santé universelle le but ultime.

**Carissa F. Etienne**, Directrice  
Organisation panaméricaine de la Santé

# AVIS À NOS LECTEURS

La présente édition de *La santé dans les Amériques* perpétue la tradition des rapports précédents tout en introduisant plusieurs innovations.

*La santé dans les Amériques+ 2017. Résumé : Panorama régional et profils des pays*, présente les réalisations et les défis à l'échelle de la Région et des pays. Les sujets traités comprennent la politique sanitaire universelle, les principaux problèmes et facteurs afférents à la santé, ainsi que le panorama et les tendances sanitaires observés ces cinq dernières années. L'édition actuelle comporte un nouveau volet qui adopte une approche prospective projetant dans l'avenir les tendances actuelles pour prévoir les problèmes qui attendent la Région.

La section sur les Profils des pays fait suite à celle sur le Panorama régional. Chaque profil présente les toutes dernières données disponibles sur les indicateurs, les tendances et les principaux progrès réalisés en matière de santé, mais aussi une analyse des lacunes auxquelles il faudra remédier dans l'avenir.

Ce volume imprimé est une version abrégée des textes intégraux qui sont accessibles en ligne à l'adresse [www.paho.org/hia2017](http://www.paho.org/hia2017). Cette plateforme en ligne porte le même nom que le livre, *La santé dans les Amériques+*. Le signe « plus » dans le titre indique que cette édition n'est pas qu'un instantané dans le temps des données et des chiffres sur la santé, mais plutôt un projet interactif. La plateforme interactive sera régulièrement mise à jour avec du nouveau contenu, des ressources multimédia, des liens pour accéder à la documentation et à des rapports pertinents, des livres numériques pour permettre une plus grande accessibilité et des fonctionnalités de médias sociaux pour le partage d'informations. Les utilisateurs peuvent s'inscrire sur le site pour recevoir des informations sur la santé dans la Région ; ils peuvent aussi personnaliser leur demande selon leurs intérêts en cliquant sur le lien « *Ma santé dans les Amériques* ».

Nous espérons que ces améliorations éditoriales vous intéresseront tout en vous éclairant, vous, nos lecteurs.

---

**Remarque :** il est possible qu'il y ait des divergences entre les données car les informations utilisées proviennent de plusieurs sources officielles et non officielles. Les tableaux présentant les indicateurs de base dans les résumés des pays ont été élaborés à l'aide de données publiées par la Division de la population et la Division de la statistique des Nations Unies pour l'année 1990, tandis que les données pour les années 2013, 2014 et 2015 viennent de la plateforme d'informations sanitaires (PLISA) de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) et ont été adaptées pour inclure de nouvelles données nationales lorsqu'elles sont disponibles. Dans certains cas, des données démographiques du Bureau du recensement des États-Unis (United States Census Bureau) ont été utilisées. Les figures du Panorama régional ont été préparées sur la base de données fournies par les pays.

# REMERCIEMENTS

Cette publication n'aurait pu voir le jour sans l'engagement décisif de nos États Membres, ni les apports et les idées d'un large éventail d'intervenants. À cet égard, nous exprimons notre gratitude au personnel des ministères de la Santé et d'autres institutions gouvernementales des pays et territoires des Amériques pour leur collaboration inestimable.

Nous remercions également le groupe consultatif technique pour ses généreuses contributions, ses conseils et ses orientations qui ont largement éclairé notre chemin alors que nous décidions de produire cette publication.

Nous remercions sincèrement nos partenaires des Nations Unies, d'autres organismes internationaux, des organisations non gouvernementales et des établissements universitaires dont les contributions concrètes ont été indispensables à cette publication.

Nous témoignons notre gratitude sans borne aux rédacteurs adjoints, aux réviseurs, aux traducteurs et aux autres personnes qui ont apporté leur dernière touche à cette publication phare.

Enfin, à tout le personnel de l'OPS qui a participé à cette publication, de sa conceptualisation au produit final en passant par son élaboration, nous désirons exprimer notre profonde reconnaissance.

# INTRODUCTION



Un des mandats principaux de l'Organisation panaméricaine de la Santé/Organisation mondiale de la Santé (OPS/OMS) est la collecte et la dissémination d'informations sur les conditions et les tendances de la santé dans les pays et territoires des Amériques : *La santé dans les Amériques*, le rapport phare de l'OPS, accomplit ce mandat. *La santé dans les Amériques+ 2017* continue dans la lignée de ses prédécesseurs, mais il marque également un tournant décisif dans l'histoire de cette publication qui paraît tous les cinq ans. Le rapport de 2017 présente toujours des données, cependant, pour la première fois, il présente aussi des projections dans le futur.

Comme auparavant, et sur la base des données les plus récentes recensées par les pays et les territoires des Amériques, le rapport présente :

- les fondations de la santé,
- les défis les plus grands pour la santé dans la Région,
- les tendances de santé basées sur l'examen analytique des données des cinq dernières années et
- les perspectives futures pour la santé dans la Région.

*La santé dans les Amériques+ 2017* assure la continuité des éditions précédentes de plusieurs manières. Tout d'abord, parce que le rapport offre un bilan de la santé et de ses tendances dans la Région des Amériques correspondant aux cinq dernières années. Deuxièmement, parce qu'il accorde une nouvelle fois une attention particulière aux questions qui sont au centre du débat conceptuel et à l'exercice de la santé publique, de la planification, de la conception et de l'exécution des politiques sanitaires. Enfin, depuis l'édition de 2002, *La santé dans les Amériques* consacre un espace à des sujets tels que :

- les inégalités sociales en matière de santé,
- les déterminants sociaux, économiques et environnementaux de la santé,
- le développement durable et
- la réforme des systèmes de santé.

Ces sujets, d'une grande complexité conceptuelle, sont essentiels pour les politiques et omniprésents dans les programmes de travail et les documents de prise de position de l'OPS.

Cette édition marque également un tournant décisif par rapport aux éditions précédentes. Elle n'est pas seulement une ressource essentielle décrivant le panorama actuel de la santé et offrant une compréhension de la situation générale et des tendances observées. Elle est aussi un outil indispensable qui permettra de disposer d'une vision et de stratégies permettant d'agir sur la santé, de souligner les obstacles actuels et potentiels et de documenter les changements nécessaires en matière de structures, fonctions, organisations et politiques actuelles des systèmes de santé, tout en cherchant à rendre cette vision accessible et en établissant un plan d'action viable.

Autre innovation importante par rapport aux éditions antérieures : *La santé dans les Amériques* n'est plus seulement un référentiel de statistiques et un document de consultation, c'est aussi une véritable plateforme interactive. Son but est de constituer une ressource qui fournira à tous les acteurs de la santé une information fiable, de qualité, régulièrement mise à jour, et à laquelle ils peuvent contribuer, qu'ils soient aux premières lignes dans les pays où sont élaborées les politiques ou qu'ils appartiennent au monde universitaire et scientifique.

Ce résumé de *La santé dans les Amériques+ 2017* examine les aspects de la situation sanitaire dans la Région dans l'optique des perspectives suivantes :

(1) la santé universelle, ses valeurs, ses principes et ses stratégies d'action,

(2) les principaux problèmes et défis de santé, ou ceux qui exercent la plus grande pression sur les systèmes de santé et sur le contexte physique et social,

(3) le panorama régional, accompagné d'une analyse de la situation de la santé et de ses tendances et

(4) les perspectives d'avenir pour la santé de la Région, avec les principales caractéristiques du chemin en cours de construction.

La section sur le *Panorama régional* est suivie des profils des pays et territoires des Amériques. Chaque profil présente des indicateurs de base sélectionnés et fondés sur les dernières données disponibles, ainsi qu'une courte section soulignant les réalisations en matière de santé et les défis pour l'avenir.

La section régionale et celle des pays fournissent des analyses approfondies et un aperçu général du contexte de la santé dans la Région des Amériques et les changements nécessaires pour son amélioration aux niveaux local et régional.



# PANORAMA RÉGIONAL





# LA SANTÉ UNIVERSELLE



Le droit à la santé, l'équité et la solidarité sont les valeurs qui sous-tendent la santé universelle, mise en avant comme stratégie pour les États des Amériques en 2014 dans le document CD53/5, Rev. 2 du Conseil directeur de l'OPS (1). Ces valeurs constituent le fondement éthique pour la formulation et la mise en œuvre des politiques publiques. Le concept de santé universelle intègre l'accès universel et la couverture universelle comme éléments de droit.

**H**istoriquement, la couverture universelle a été subordonnée à la recherche de modèles pouvant garantir une prestation de services à la portée de toutes les personnes et de modèles pour le financement et l'organisation de ces systèmes de santé (2). Dans la Région des Amériques, les débats à l'échelle nationale et régionale ont permis d'affirmer que même si la couverture universelle est une condition indispensable pour une santé non exclusive, il est également nécessaire d'éliminer des obstacles économiques, socioculturels, géographiques et de genre (lesdits déterminants) qui limitent l'accès aux services. Si la couverture universelle fournit les bases nécessaires, elle ne suffit pas pour assurer la santé, le bien-être et l'équité : il faut prendre des engagements politiques pour concevoir et mettre en œuvre des actions qui, pour la plupart, dépassent le cadre et le mandat des systèmes de santé. Il est par conséquent essentiel que des secteurs autres que la santé participent pour traiter ces déterminants qui sont sources de disparité en santé.

Pour la mise en place de la santé universelle comme stratégie, il faut réitérer des valeurs déjà consacrées dans la constitution de l'Organisation mondiale de la Santé et qui renvoient à des modèles basés sur les soins de santé primaires, tel qu'énoncé dans la *Déclaration d'Alma-Ata* en 1978. Adoptée

par les organismes directeurs de l'OPS, la stratégie de santé universelle est le cadre de référence pour améliorer le bien-être et la santé des personnes sans risque d'exclusion, pour consolider les systèmes de santé, et leur capacité de résolution face aux défis actuels et éventuels, et pour promouvoir des actions intersectorielles permettant d'aborder les déterminants sociaux, économiques et environnementaux de la santé.

L'établissement de la santé universelle en tant que stratégie repose sur le fondement du droit à la santé, qui est une composante essentielle des droits de l'homme et une compréhension élémentaire de ce que représente une vie digne (3). Dans le préambule de la Constitution de l'OMS de 1946 (4), il est reconnu que « la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale ».

En 1948, la Déclaration universelle des droits de l'homme a reconnu dans son article 25 (5) la santé comme faisant partie du droit de toute personne à un niveau de vie suffisant. Le droit à la santé a également été reconnu comme faisant partie intégrante des droits de l'homme dans le Pacte international



relatif aux droits économiques, sociaux et culturels de 1966 (6), non pas comme un simple droit aux prestations sociales, mais comme un droit fondamental.

D'un autre côté, le droit à la santé est universel. Dans au moins un traité international sur les droits de l'homme qui reconnaît, entre autres, le droit à la santé, tous les États signataires se sont engagés à protéger ce droit dans les législations ou politiques nationales et dans le cadre de conférences internationales (3).

La Commission des droits de l'homme des Nations Unies, dans sa Résolution F/CN.4/RES/2002/31 d'avril 2002, a créé le poste de Rapporteur spécial sur le droit qu'à toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale (7). Il était demandé au rapporteur spécial :

- de rassembler, de solliciter, de recevoir et d'échanger des renseignements émanant de toutes les sources pertinentes ;
- d'étudier les domaines de collaboration possibles avec tous les acteurs importants, y compris les gouvernements, les organismes, les institutions spécialisées, les programmes compétents des Nations Unies, en particulier l'Organisation mondiale de la Santé, les organisations non gouvernementales et les institutions financières internationales ;
- de rendre compte de l'évolution du droit à la santé dans le monde entier, notamment en ce qui concerne les lois, les politiques et les pratiques, ainsi que les obstacles ;
- de recommander des mesures destinées à promouvoir et à protéger l'exercice du droit à la santé.

Ses rapports annuels ont notamment mis l'accent sur la clarification du contenu et de la portée du droit à la santé, sa relation avec la pauvreté, l'examen des stratégies pour sa réduction, le droit à la santé sexuelle et génésique, le mouvement pour la santé et les droits de l'homme, les systèmes d'accès universel et la recherche d'indicateurs sur le droit à la santé.

Un autre pilier de la stratégie de santé universelle est l'équité. Les inégalités sont une réalité regrettable dans les Amériques, plus que dans toute autre région du monde, mais elles ne doivent pas pour autant être considérées comme une fatalité. Des changements fondamentaux permettraient de transformer des réalités de privilège en réalités de droit. Le premier pas sur le chemin de la santé universelle consiste à affronter les causes des inégalités qui ignorent et portent atteinte au droit de toutes les personnes à une vie digne,

libre et saine. Le manque d'équité dans l'accès aux soins de santé, qui empêche que toutes les personnes puissent exercer et jouir dans une égale mesure du droit à la santé, n'est pas un fait isolé : il est au contraire étroitement lié à de vastes contextes d'inégalités économiques, sociales, culturelles et environnementales (8-10).

Les inégalités ne sont pas neutres ou abstraites, ni réparties au hasard ; elles ont un visage, un âge et un genre ; elles sont intégrées à des modèles systématiques dans les groupes humains et les contextes géographiques. De multiples inégalités et privations tout au long du parcours de vie se reproduisent d'une génération à une autre selon des histoires anciennes d'immobilité sociale.

La mise en œuvre du droit à la santé n'est pas concevable sans une base d'équité, laquelle implique à son tour un dialogue social sur les facteurs qui affectent le bien-être des individus et des communautés. Sur un plan pratique et opérationnel, il faudra absolument disposer d'une information fiable pour surveiller le fonctionnement des systèmes de santé, aussi bien au niveau des dimensions traditionnelles des indicateurs sanitaires que de l'axe de la mesure des inégalités.

Un des principaux obstacles à la santé universelle a été l'inégalité sociale. La solidarité, l'activisme de la société civile et l'action collective ont joué un rôle crucial pour ceux qui prennent des décisions relatives aux politiques publiques de santé. Quand la croissance économique est orientée vers la création d'espaces budgétaires pour investir dans la santé et quand les politiques ont pour but d'instaurer l'équité, des millions de personnes peuvent être sauvées de la pauvreté. Cependant, les systèmes de santé sont encore confrontés à de grandes inégalités, à un financement inégal, à la fragmentation et à la segmentation, au manque de pérennité et à une flexibilité limitée pour répondre aux besoins de la population et faire face aux défis d'un contexte physique et social changeant.

Les quatre axes fondamentaux de la stratégie à suivre pour la santé universelle sont :

- l'accès à des services de santé complets, de qualité, axés tant sur les personnes que sur les communautés et basés sur le principe de l'équité en santé,
- la coordination intersectorielle pour relever le défi des déterminants de la santé,
- le renforcement de l'administration et de la gouvernance et
- le financement accru conciliant équité et efficacité.

## L'ACCÈS À DES SERVICES DE SANTÉ COMPLETS, DE QUALITÉ, AXÉS TANT SUR LES PERSONNES QUE SUR LES COMMUNAUTÉS ET BASÉS SUR LE PRINCIPE DE L'ÉQUITÉ EN SANTÉ

Les services en question sont des actions axées sur la population et les individus, avec des approches de genre et des espaces culturels, ethniques et linguistiques qui définissent les besoins différenciés des communautés. Leurs objectifs sont la promotion de la santé, la prévention des maladies, l'offre de soins en termes de diagnostic, de traitement actif et palliatif et l'offre de soins nécessaires à court, moyen et long terme. Dans un contexte de santé universelle, ces soins et services n'exposent pas leurs bénéficiaires, et en particulier les groupes les plus vulnérables, à des difficultés financières.

On estime que s'il y avait eu, entre 2013 et 2014, des services de santé accessibles, adaptés et de qualité dans la Région des Amériques, plus de 1 200 000 décès auraient pu être évités (11). En Argentine, au Brésil, en Colombie et au Pérou, par exemple, moins d'un quart de la population utilise des services de santé préventifs au moins une fois par an. Cependant, ces taux peu élevés d'utilisation ne sont pas uniformes et ils sont encore plus bas au sein de la population à faibles revenus (12).

Le modèle de soins qui prédomine dans les pays de la Région est principalement basé sur la réponse à des demandes épisodiques pour des affections aiguës dans des centres hospitaliers, avec un gaspillage de technologies et de soins spécialisés. Les réformes et les investissements ont été axés sur la modernisation technologique, alors que les modalités traditionnelles de gestion et de prestation de services perdurent.

Au premier niveau de soins, les systèmes ont une faible capacité d'intervention et ne répondent pas aux profils de santé qui, dans toute la Région mais à des rythmes différents, ont surgi dans le cadre de la transition démographique et épidémiologique. Selon les données disponibles, la sous-estimation des personnes souffrant de maladies chroniques non transmissibles avoisine les 50 %. Parmi les 50 % restants, seule la moitié reçoit un traitement, qui n'est efficace que dans un cas sur 10. Le taux élevé d'hospitalisations pour des affections qui pourraient être soignées en services ambulatoires reflète la faible capacité d'intervention du premier niveau de soins et l'inefficacité des systèmes (13).

La formation des ressources humaines en santé répond aux pressions d'un marché du travail très peu sensible à ces profils de santé. Plusieurs pays de la Région ont un déficit de personnel de santé, dont la distribution territoriale tient

en plus très peu compte de la situation géodémographique du fardeau de morbidité. En outre, le manque d'accès par nombre de communautés à des services de santé complets entraîne de graves conséquences (14, 15).

La qualité des soins est affectée par l'accès insuffisant à des médicaments ou à des technologies plus sûres, ou au contraire par leur usage irrationnel. Il y a généralement des problèmes concernant l'approvisionnement, la sous-utilisation de médicaments génériques de qualité et l'utilisation inadéquate de médicaments et autres technologies de la santé. En dépit de progrès modestes, les contrôles réglementaires en matière d'introduction et d'utilisation des technologies de la santé continuent d'être inadéquats (1).

Le manque de financement et l'utilisation inefficace des ressources disponibles sont des obstacles majeurs qui entravent l'accès universel à la santé. En 2011, les dépenses publiques moyennes en santé des pays d'Amérique latine et des Caraïbes, mesurées comme fraction du produit intérieur brut (PIB), n'atteignaient pas 4 %, un pourcentage considérablement inférieur, par exemple, à celui des pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). Pour remédier à ce manque de ressources, certains pays ont essayé de recourir au paiement direct, ce qui a eu un effet négatif sur l'accès aux services et sur la santé de la population. Sur le plan économique, le pourcentage de personnes ayant plongé dans la pauvreté à cause de frais de santé extrêmement élevés a augmenté (16, 17).

Le processus graduel d'institutionnalisation démocratique dans la Région a abouti à une revendication sociale de santé universelle à laquelle il n'est pas possible de répondre sans une vaste participation de toute la société, afin que la santé devienne une composante essentielle de toutes les politiques, tout en intégrant l'éventail complet de ses déterminants (environnementaux, économiques, sociaux et politiques).

## LA COORDINATION INTERSECTORIELLE POUR RELEVER LE DÉFI DES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ

La santé est une condition personnelle et, dans un sens plus large, une condition de la population ; dans un cas comme dans l'autre, elle est façonnée par le contexte physique et social. Conçue dans une perspective du parcours de vie, la santé se construit à la maison, à l'école, au travail et dans les communautés. On connaît chaque jour un peu mieux les facteurs qui influent sur la santé individuelle, qui sont

associés au style et aux habitudes de vie, à l'alimentation et à la nutrition, aux comportements néfastes ou bien aux influences saines, comme l'accès à la vaccination et aux tests de diagnostic périodiques. Cependant, la santé est aussi fortement influencée par les conditions économiques, l'insertion sociale, l'accès à l'eau, aux aliments et aux services d'assainissement de base de bonne qualité, les bonnes conditions de vie à la maison, à l'école, au travail et dans la communauté.

Le concept de « déterminants sociaux de la santé » est utilisé pour désigner les conditions de l'environnement physique, social et économique dans lequel les individus naissent, vivent et se développent, y compris celles à connotation physique ou sociale (18). Le nouveau *Programme pour le développement durable à l'horizon 2030* intègre les trois dimensions clés (économique, sociale et environnementale) et ses cibles dépassent la portée des *objectifs du Millénaire pour le développement* (OMD) parce qu'elles reconnaissent de manière explicite que l'éradication de la pauvreté et des inégalités, le développement économique inclusif et la préservation de la planète sont reliés entre eux et constituent des éléments essentiels pour la santé et le bien-être de la population de l'ensemble de la planète. La mise en œuvre des *objectifs de développement durable* (ODD) suppose une vision plus large de la causalité, avec un centre d'intérêt dépassant largement les causes immédiates. Sans pour autant minimiser l'importance des facteurs de risque individuels ou liés à l'environnement de la vie individuelle et communautaire, cette vision inclut d'autres dimensions plus larges que les déterminants de la santé, telles que celles du commerce, des marchés mondiaux et des relations géopolitiques.

La stratégie de santé universelle requiert du secteur de la santé qu'il élargisse progressivement l'intégration des services de qualité pour impliquer tous les secteurs liés d'une façon ou d'une autre aux déterminants de la santé. Elle appelle également à la mise en œuvre de politiques, de plans et de programmes de santé équitables, efficaces et sensibles au vaste éventail de besoins de la population. Le point de départ est la reconnaissance de la santé comme un droit, mais aussi comme une composante et une condition du développement durable.

La voie vers le développement de systèmes de santé plus dynamiques, souples et centrés sur les personnes nécessite d'élargir et d'approfondir les actions intersectorielles en mettant l'accent sur des domaines qui sont sous le contrôle direct du secteur de la santé, pour parvenir à l'équité préconisée par le *Programme de développement durable à l'horizon 2030* (19, 20). *L'étendue du Programme à l'horizon*

2030 et la nature intégrale de ses 17 objectifs exigent en outre une participation nationale, régionale et mondiale pour concrétiser des actions de coopération entre les secteurs. Sans la collaboration et les alliances stratégiques de tous les secteurs à un niveau qui transcende les frontières nationales ou régionales, il sera impossible de relever des défis aussi vaste que le vieillissement de la population, le changement climatique, les migrations, les menaces contre la stabilité de l'institutionnalisation démocratique, la création de cadres réglementaires pour l'acquisition et la mise en œuvre de nouvelles technologies, ainsi que le suivi des inégalités – pour ne mentionner que les défis les plus urgents (21-26).

## LE RENFORCEMENT DE L'ADMINISTRATION ET DE LA GOUVERNANCE

Pour progresser vers la santé universelle, il est nécessaire de renforcer l'administration et la gouvernance des systèmes de santé. Par administration, nous entendons ici la capacité de direction des autorités nationales et infranationales pour transformer la gouvernance des systèmes de santé. Par gouvernance, nous entendons la réglementation sur les ressources essentielles du système, qu'elles soient financières ou humaines, qu'elles aient trait aux médicaments ou aux technologies de la santé (27). Les processus de transformation des systèmes de santé de la Région ne sont pas homogènes mais ils ont cependant suivi trois directions principales : certains ont été axés sur des changements dans la gouvernance de l'offre, d'autres ont été guidés par les pressions de la demande, et d'autres encore ont été fondés sur des modalités mixtes (28).

Dans chacune de ces directions qui obéit à une logique spécifique, l'administration et la gouvernance ont assumé des caractéristiques distinctes. Les transformations des systèmes de santé basées sur le contrôle de l'offre ont été caractérisées par une administration dont l'objectif principal est d'améliorer l'accès aux services de santé. Pour ce faire, on a renouvelé les structures du réseau des services de santé tout en s'appuyant sur une action collective à laquelle ont participé divers professionnels de la santé et des mouvements sociaux (28, 29).

De leur côté, les transformations de la gouvernance ont consisté en changements du modèle de soins et en nouveaux règlements pour les travailleurs de la santé. Les changements du modèle de prestation des services de santé ont été axés sur un financement accru, sur l'intervention via des règlements intersectoriels et la gouvernance des médicaments et de la technologie. Les pays qui ont promu ce type de réformes ont réalisé des progrès importants dans l'accès aux services

en utilisant des modèles de soins plus intégrés, moins fragmentés et davantage basés sur la santé collective. Mais ces changements généralement restreints au secteur public ont eu des effets limités, voire inexistantes pour atténuer la segmentation des systèmes de santé (28, 29).

Dans les systèmes de santé qui ont basé leurs transformations sur la logique de la demande, l'administration porte sur l'augmentation de la couverture financière de la population au moyen de mesures économiques visant à encourager la gestion institutionnelle de l'assurance santé. Dans ce modèle d'administration, de nouveaux organismes et structures de réglementation et de fiscalisation, généralement faibles, surveillent et contrôlent les acteurs publics et privés qui gèrent les fonds ou fournissent les services de santé. Ces systèmes présument que l'introduction de la concurrence, tant au niveau de la demande de services d'assurance santé que dans les services de santé, est la garantie de changements novateurs dans l'organisation des services et dans les ressources humaines en santé qui servent les intérêts de la santé individuelle et, par extension, la santé publique ; cependant, dans la réalité, la santé publique et les actions collectives ont été affectées par ces approches de concurrence réglementée. Ces transformations ont réussi à étendre la couverture financière à une plus grande partie de la population par le biais de réformes qui incluent tant le secteur public que la sécurité sociale, mais le principal obstacle réside dans le fait qu'il faut garantir le bon fonctionnement des organismes de réglementation et traduire les changements positifs de l'extension de la couverture par l'amélioration des conditions d'accès individuel et de la santé collective de la population (28, 29).

Dans les processus de transformation des pays fédéraux, où les structures départementales ou régionales disposent d'une certaine autonomie par rapport aux structures nationales, et dans les pays aux systèmes segmentés, où la sécurité sociale et le secteur public peuvent adopter leurs propres modalités, les attributs des deux tendances sont appréciés à leur juste valeur (30). La gestion et la gouvernance sont deux thèmes centraux du cheminement vers la santé universelle. Il n'existe pas de recette unique pour leur exercice, et l'expérience d'un pays ne peut être appliquée à d'autres parce que le contexte est toujours un puissant modificateur des effets et des réponses. L'exercice de la gestion des autorités sanitaires et la participation des acteurs clés qui réalisent l'action collective ne peuvent être assujettis à des modèles inévitables. L'équilibre pour l'exécution optimale des fonctions essentielles de la santé publique constitue une composante stratégique centrale dans le cadre des processus de transformation et de renforcement des systèmes de santé (31).

## LE FINANCEMENT ACCRU CONCILIE ÉQUITÉ ET EFFICACITÉ

Dans un monde caractérisé par l'instabilité politico-économique, une alternance fréquente entre développement et récession, les coûts de la santé augmentent à cause de l'incidence croissante des maladies chroniques, du vieillissement de la population et de la commercialisation de technologies nouvelles et plus coûteuses. Il est par conséquent inévitable d'assister à une plus forte pression sociale et au besoin chaque fois plus urgent de mettre en œuvre des politiques de santé efficaces et équitables. Le besoin est encore plus critique à cause des lacunes dans l'accès réel à des services de santé de bonne qualité, et des différences régionales et nationales relativement à la situation de la santé et à la disponibilité des services de santé.

Même si disposer de fonds suffisants et stables pour la santé est indispensable, le niveau de développement économique d'un pays ne garantit pas la réalisation de la santé universelle. Il faut prendre des mesures additionnelles pour accroître les dépenses publiques en santé. Malheureusement, l'inefficacité est responsable d'une dilapidation d'un pourcentage élevé des dépenses de santé : un investissement plus rationnel des ressources existantes pourrait aider à rapprocher le monde, et en particulier la Région, de l'accès universel à la santé et de la couverture universelle.

Un système de santé est efficace dans l'allocation de ressources quand il parvient à optimiser l'équilibre entre les dépenses et la santé ; autrement dit, quand il réussit, avec un montant de ressources données, à réduire le fardeau de morbidité, à accroître le bien-être et à augmenter la protection financière des familles de manière à instaurer un accès équitable aux services de santé. Un système idéal de ce type fait en sorte que ses politiques produisent ce dont la société a besoin et ce qu'elle attend en matière de santé et de bien-être, et cette responsabilité revient aussi bien à l'État qu'à la société. Le degré d'efficacité productive ou d'efficacité technique qui pourra être obtenu dépendra de la façon dont sont gérés les services de santé ou, en d'autres mots, de la façon dont est acquise la meilleure capacité de résolution par le biais d'améliorations de la coordination et de l'articulation entre les niveaux du système de santé et les réseaux de soins. Il est nécessaire d'établir un équilibre entre les ressources utilisées dans le secteur de la santé pour atteindre, dans la plus grande mesure du possible, les objectifs susmentionnés. Quant à l'efficacité dynamique elle suppose la garantie des conditions et des niveaux d'efficacité dans le temps en incorporant l'innovation aux systèmes de santé, au sens large du concept (32).

En ce qui concerne le financement de la santé entre 2010 et 2015, les dépenses publiques dans la Région ont augmenté mais à un rythme très lent, ce qui n'a pas permis d'atteindre l'objectif de référence de 6 % du PIB. Par contre les paiements directs ont diminué, mais pas assez rapidement. Malgré des périodes de croissance économique, les dépenses de santé ont également été insuffisantes. Certains pays présentent notamment des élasticité négatives des dépenses de santé par rapport à l'augmentation du PIB. Malgré cela, le panorama régional dessine un équilibre positif concernant l'intégration des soins, un succès relatif du renforcement des soins de santé primaires suite à une grande variété d'initiatives et une amélioration des principaux indicateurs de santé.

Le plus grand obstacle dans la progression vers la couverture universelle, comme nous l'avons déjà mentionné, est le paiement direct des services. Bien que la question du financement de la santé dans des conditions d'équité et d'efficacité continue d'être l'objet de discussions ardues, les mécanismes de prépaiement par le biais desquels les personnes qui ont une plus grande capacité financière subventionnent celles dont la capacité financière est inférieure, et les personnes en bonne santé celles qui sont malades, semble constituer la modalité la plus efficace et la plus équitable pour accroître la couverture des services de santé complets. Et pour que ce financement soit collectif, il faut qu'il y ait également des subventions (*qui sont fondamentales dans les politiques de redistribution*) versées par les ménages les plus aisés (*qui ont une plus grande capacité de contribution*) au bénéfice des ménages les plus pauvres, dont les contributions sont limitées mais les besoins de soins en général plus grands. Plus le nombre de personnes contribuant à un fond est élevé, plus l'accès au service est habituellement plus équitable et efficace. La présence de nombreux fonds, réduits et fragmentés, génère habituellement des actions discriminatoires à l'encontre des personnes les plus vulnérables et qui disposent de ressources moindres, à cause du

mécanisme de sélection des risques. Les fonds de taille réduite sont plus vulnérables aux risques spécifiques et leur pérennité à long terme est impossible (33).

Tout comme dans le cas de l'administration et de la gouvernance, aucune stratégie pour le financement de la santé ne peut être considérée comme universellement optimale, et la stratégie quelle qu'elle soit devra s'adapter aux conditions de chaque pays.

Sur la voie de la santé universelle, et en particulier de l'accès universel et de la couverture universelle, diverses questions clés se posent sur les formes les plus efficaces de financement et l'optimisation des ressources disponibles.

Des études récentes concernant l'espace budgétaire, une de portée régionale et trois de portée nationale, réalisées par l'OPS dans la Région, montrent, entre autres, les résultats suivants (34-37) :

- Il existe, en général, un espace budgétaire pour la santé dans les pays, mais la croissance économique n'est pas suffisante pour occuper cet espace et répondre au besoin de financement.
- Il existe des arguments en faveur de l'augmentation d'impôts spécifiques à la santé (principalement sur l'alcool et le tabac). Bien que les revenus perçus soient réduits dans ces cas, les économies prévisibles pour le système peuvent être élevées.
- Du point de vue politique, les prêts et les donations ne sont pas une source viable pour les gouvernements à moyen et à long terme.
- Des mesures d'amélioration de l'efficacité doivent accompagner ces efforts, sous l'impulsion des principes établis dans la stratégie pour la santé universelle.

# LES PRINCIPAUX PROBLÈMES ET DÉFIS DE SANTÉ



La Région des Amériques a fait des progrès importants en matière de santé au cours de la dernière décennie, en atteignant notamment plusieurs des cibles relevant des *objectifs du Millénaire pour le développement* (OMD). Il y a eu, entre autres, une réduction des niveaux de pauvreté extrême et des taux de mortalité infantile, et certains progrès ont été accomplis en matière de viabilité environnementale. Cependant, les cibles associées à l'OMD 5 sur la mortalité maternelle n'ont pas été atteints.

On trouvera ci-après un aperçu des circonstances actuelles et des tendances récentes des maladies qui, soit par leur incidence ou prévalence élevée, soit par leur gravité ou leur impact sur le plan individuel ou à l'échelle de la population, représentent des problèmes pour la santé. Les problèmes de l'environnement physique et social qui représentent les plus gros défis pour les gouvernements et les systèmes de santé de la Région seront également examinés et analysés. Ces problèmes se présentent sur trois plans différents mais convergents : les troubles de santé à proprement parler, certains de leurs déterminants physiques et sociaux les plus marquants et leurs effets déjà existants ou prévisibles sur la santé des personnes et des populations, qui ne relèvent pas, dans une large mesure, du champ d'action direct du secteur de la santé. Enfin, la section traite des obstacles qui limitent la capacité des systèmes de santé à affronter les défis en matière de santé et de ses déterminants, notamment les inégalités persistantes et la nécessité de les mesurer et de les surveiller. Les objectifs de santé ne se limitent pas à la réduction des taux de prévalence ou d'incidence, ou à l'amélioration de la qualité des services, ils incluent également la réduction des inégalités,

le positionnement de la santé dans toutes les politiques et le progrès vers l'accès à la santé universelle comme condition du développement durable.

Il a été possible de tirer des enseignements utiles de l'expérience des OMD concernant les dangers liés à la conversion d'objectifs vagues en programmes et politiques. Et l'attention portée aux indicateurs agrégés à l'échelle nationale et régionale a masqué des inégalités croissantes et a contribué à l'élaboration de politiques qui, dans certains cas, ont exacerbé les inégalités (38).

L'adoption du *Programme de développement durable à l'horizon 2030* et de ses objectifs représente une percée majeure vers l'élimination de la pauvreté, la protection de la planète et l'obtention de la santé universelle dans des conditions de paix, de prospérité et de développement durable. Les cibles associées aux ODD doivent être objectives et mesurables, elles doivent couvrir les indicateurs directs de la santé positifs et négatifs, mais aussi les indices qui mesurent les inégalités sociales dans le domaine de la santé.

## MALADIES ÉMERGENTES ET PROBLÈMES CRUCIAUX QUI ENTRAVENT LE DÉVELOPPEMENT

La Région a atteint, au cours de la dernière décennie, des objectifs importants liés à la mortalité infantile et maternelle, la santé génésique, les maladies infectieuses et la malnutrition. Ces succès ont été la conséquence du développement économique, de l'attention portée aux facteurs environnementaux, du renforcement de la capacité et de la souplesse des systèmes de santé, ainsi que de la couverture et de l'accès aux services (38, 39). Cependant, ces avancées à l'échelle nationale masquent les grandes différences entre sous-groupes de la population qui entachent la performance des systèmes de santé et entravent le développement durable (40, 41). Parce que les déterminants de la santé ne coïncident pas forcément avec ceux de l'iniquité, des interventions concluantes basées sur des données probantes incorporées aux programmes ou politiques peuvent aider à améliorer les indicateurs de santé, mais ils n'auront aucun effet sur les inégalités.

Pour préserver les acquis relativement aux OMD 4, 5 et 6, et pour affronter les problèmes complexes du programme inachevé, il sera nécessaire de reformuler l'approche stratégique, qui fait partie de la transition vers le *Programme à l'horizon 2030*. Les pays et tous les acteurs engagés en faveur du développement doivent garder à l'esprit que même si les maladies chroniques continuent d'augmenter, le nombre de décès infantiles et maternels, y compris ceux liés aux déficiences nutritionnelles, est encore considérable.

La Région des Amériques traverse une période de maladies infectieuses émergentes dues aux changements de l'environnement, des styles de vie et des déplacements de populations. Ces circonstances peuvent provoquer l'évolution de nouvelles formes pathogènes de variétés distinctes de virus (y compris les arbovirus), ce qui a des implications sur la notification en temps opportun d'événements sanitaires susceptibles d'avoir des effets à l'échelle internationale et sur les stratégies de surveillance épidémiologique et de lutte contre les maladies. Les nouveaux vaccins, les technologies novatrices, les médicaments nouveaux et les programmes de recherche sont quelques-uns des domaines dans lesquels la collaboration entre les différents acteurs est recommandée, tant dans les secteurs public que privé. Sur ce plan, comme sur d'autres, il ne faudra exclure aucun acteur, et encore moins prétendre que la gestion de la santé publique est le monopole exclusif du secteur de la santé et des structures centrales de décision.

Dans une optique institutionnelle, il est nécessaire de renforcer la capacité d'intervention en cas de flambée épidémique, d'urgence humanitaire et de crise, en optimisant la coordination, les flux d'information, les opérations et la capacité à gérer les risques d'urgences sanitaires. Certaines actions prioritaires incluent :

- la gestion des risques infectieux dus à des microorganismes, qui peuvent donner lieu à des épidémies ou des flambées épidémiques,
- la capacité d'évaluer et de surveiller les efforts de préparation,
- la mise sur pied d'un système d'information concernant les urgences sanitaires pour la détection et la vérification des événements,
- l'analyse des données et la supervision des opérations ainsi que les fonctions habituelles de gestion des événements et
- l'appui logistique aux opérations de lutte.

Une autre question importante est l'élimination de certaines maladies transmissibles par une réduction des nouvelles infections et de la mortalité en-dessous des seuils minimaux, jusqu'à ce qu'elles cessent de représenter un problème de santé publique et, dans la mesure du possible, jusqu'à leur éradication définitive.

## MALADIES CHRONIQUES ET MALADIES DUES À DES CAUSES EXTERNES

Les changements des profils démographiques et socioéconomiques de la Région ont eu les effets attendus sur les profils épidémiologiques (42). Les maladies chroniques (*c'est-à-dire les maladies cardiovasculaires, le diabète, le cancer et les troubles respiratoires*), les troubles mentaux, les invalidités, les traumatismes dus aux accidents de la circulation et toutes les formes de violence interpersonnelle représentent dans leur ensemble les principaux problèmes de santé et créent des défis urgents pour la formulation et la mise en œuvre de politiques intersectorielles, pour le renforcement et, dans certains cas, la reconception des systèmes de santé (43).

Les maladies chroniques sont en grande partie évitables. À court et moyen terme, les actions sur leurs déterminants et leurs facteurs de risque communs ont montré qu'elles pouvaient avoir un impact (44). Cette capacité d'action suppose l'existence de systèmes de santé qui accordent une attention permanente à l'environnement physique et social, ainsi qu'aux personnes à risque ou qui souffrent déjà d'une

maladie chronique. Les avancées réalisées en épigénétique, en médecine sociale et dans d'autres disciplines, qui ont donné naissance au paradigme du parcours de vie, ont démontré que l'éventail des actions des systèmes de santé ne doit pas se limiter à des interventions réactives alors que le risque échappe à tout contrôle, ou quand la maladie s'est installée de manière irréversible. Une étroite collaboration avec d'autres secteurs permettrait plutôt d'exécuter des actions plus percutantes en temps utile .

Il existe des engagements à l'échelle mondiale pour réduire les maladies chroniques, de même que des consensus scientifiques au sujet de politiques de santé faisables et efficaces relativement aux coûts. Il s'agit dès lors d'accroître l'investissement, de renforcer la collaboration multisectorielle, de favoriser l'autonomisation et la participation de la société civile et de renforcer les capacités des pays pour mettre en œuvre les interventions.

En ce qui concerne les troubles mentaux, il est urgent d'intégrer la composante de santé mentale aux scénarios de soins de santé primaires et secondaires, au lieu de fournir un traitement spécifique dans des institutions psychiatriques (45). Les personnes déficientes, sur le plan physique ou mental, ont besoin d'un meilleur accès, non seulement aux services de santé, mais aussi aux centres de réhabilitation et d'appui psychologique (46-49).

Il est nécessaire d'améliorer la sécurité routière au moyen de lois et de règlements plus exigeants sur la réduction de la vitesse sur les routes, le port obligatoire des ceintures de sécurité et le port du casque par les motocyclistes, entre autres mesures (46). Par le biais de l'éducation et d'annonces d'utilité publique, il faut promouvoir la civilité sur les routes et un comportement plus responsable des piétons comme des conducteurs.

Toutes les formes de violence (*dont la violence familiale, celle associée au genre et aux conflits sociaux et économiques*) sont souvent liées à une structure gouvernementale fragile et à un système judiciaire inefficace. D'autres facteurs déterminants plus structurels sont les taux élevés de chômage et de sous-emploi, les inégalités sociales et économiques et l'absence de possibilités d'éducation, ainsi que la persistance de formes de discrimination pour des raisons culturelles, raciales, ethniques et de genre (50).

Il faut créer davantage de meilleures stratégies pour prévenir la violence, mais aussi adopter et approuver des lois et des règlements qui limitent considérablement l'accès à tout type d'armes, favorisent la réduction de la consommation excessive

d'alcool et offrent de meilleures conditions d'appui et de protection aux victimes (50).

Il est essentiel d'adopter la perspective du parcours de vie avec tout ce que cela implique pour la prestation des services et la formation des ressources humaines en santé. Les horizons de la causalité ne sont pas limités à l'immédiateté temporaire de l'apparition de stigmates cliniques, ni aux périodes cruciales au cours desquelles les styles de vie et d'autres facteurs du milieu façonnent les conditions de risque. Ils se manifestent plutôt dès les premières étapes du parcours de vie, avec des effets transgénérationnels (51). Adopter cette perspective impliquera également d'aller au-delà de la vision restreinte des maladies chroniques et d'incorporer la vision plus globale des conditions chroniques et des diverses étapes de la vie, de l'enfance à la vieillesse, qui ne constituent pas en soi des maladies mais qui présentent effectivement des besoins. Or, ces besoins souvent méconnus ou sous-estimés pourraient en quelques années modifier l'organisation des systèmes de santé.

## CHANGEMENT CLIMATIQUE

Le changement climatique a été identifié comme « la plus grande menace globale pour la santé au 21<sup>e</sup> siècle » (52). En raison de la complexité des processus en jeu, il est difficile d'estimer la magnitude des effets possibles du changement climatique sur la santé. Cependant, les indices disponibles et la fiabilité des modèles de prévision montrent que le changement climatique est indéniablement en cours, qu'il affecte déjà la santé humaine et continuera de le faire à l'avenir (53).

Les conséquences directes du changement climatique, telles que les températures extrêmes (vagues de froid et de chaleur), les inondations, la sécheresse et une fréquence accrue des tempêtes destructrices, mettent en danger le développement obtenu au cours des dernières décennies. Il en est de même pour les répercussions sur la santé physique et mentale : certaines sont directes et d'autres viennent de la pollution atmosphérique, la propagation des vecteurs, la malnutrition, l'insécurité alimentaire et les migrations (54).

S'attaquer au changement climatique constitue un défi de taille mais aussi une grande opportunité. Les actions doivent chercher à minimiser ses effets et à assurer la meilleure réponse possible pour réduire la pauvreté, accroître les capacités de préparation et d'adaptation des communautés et faire face aux iniquités en santé (54).

Le secteur de la santé doit jouer un rôle crucial dans la lutte contre les effets du changement climatique, en favorisant



l'instauration de conditions meilleures et plus équitables pour toutes les personnes. Les orientations stratégiques de ces efforts sont : a) renforcer la capacité d'adaptation et de réponse des systèmes de santé face aux effets des changements aussi bien prévisibles qu'abrupts et inattendus du climat, b) maximiser les co-bénéfices de santé dérivés des actions intersectorielles et c) convertir les centres de santé et de prestation de services en sites plus appropriés et mieux adaptés aux conditions du changement climatique.

Sur le plan des priorités de la santé à l'échelle universelle, le changement climatique doit occuper une place centrale dans le programme de développement durable. En raison d'un consensus universel sur la santé comme composante fondamentale du bien-être, une perspective de santé publique assure un meilleur soutien et une priorité plus élevée, indépendamment du développement mondial et de la culture. Le secteur de la santé doit alors exercer un rôle de leader dans la réponse aux menaces du changement climatique (54).

## VIEILLISSEMENT ET CHANGEMENTS DÉMOGRAPHIQUES

Le vieillissement au sein de la population est défini comme l'accroissement dans le temps de la moyenne d'âge de la population, c'est-à-dire le déplacement vers le haut de la distribution des âges de la population, avec une augmentation de la proportion de personnes appartenant aux groupes d'âge avancé et une diminution de la proportion de personnes dans les groupes d'âge plus jeune.

Les trois composantes de base de la dynamique de la population sont les naissances (*fertilité*), les décès (*mortalité*) et les migrations. Les changements conjoints de ces trois composantes créent le phénomène du vieillissement de la population (55).

Les deux causes démographiques principales du vieillissement de la population sont le déclin de la fertilité (moins de naissances par rapport aux périodes antérieures, diminution de la proportion des jeunes et accroissement de la proportion des personnes âgées, tous les autres facteurs restant les mêmes) et une espérance de vie accrue dans les catégories d'âge plus avancé. Entre 2000 et 2050, la proportion des personnes de 60 ans ou plus devrait passer de 11 à 22 %. L'espérance de vie en Amérique latine et dans les Caraïbes atteindra 74,7 ans pour les hommes et 80,7 ans pour les femmes en 2030. En Amérique du Nord, ces chiffres seront de 79,5 ans pour les hommes et 83,4 ans pour les femmes (55-57).

L'augmentation de l'espérance de vie et la plus grande proportion de personnes économiquement dépendantes qui en résulte représentent un défi pour la croissance économique et pour les systèmes de santé, qui doivent répondre aux besoins d'une population vieillissante (58, 59). Au cours de la prochaine décennie, le vieillissement, tant au niveau individuel qu'à l'échelle de la population, sera un facteur modulateur important des besoins de la santé, de la sécurité et de la protection sociale, et un défi pour les systèmes qui devront répondre aux demandes dérivées de ces besoins. En dépit des implications évidentes du phénomène du vieillissement pour la sécurité sociale et la santé publique, il ne semble pas y avoir une conscience collective claire dans la Région sur la santé des personnes âgées. Par exemple, la majorité des pays manquent de systèmes d'information disposant d'indicateurs spécifiques pour mesurer et surveiller la santé et l'impact des plans et programmes de santé sur les tranches d'âge supérieures. La couverture, la continuité des soins et l'accès aux services sont insuffisants et présentent de fortes inégalités. La majorité des experts reconnaissent la nécessité de promouvoir des interventions de santé intégrées et d'élaborer des stratégies qui permettent aux systèmes de santé de s'adapter aux nouvelles réalités démographiques et épidémiologiques (60, 61).

Une bonne partie des inégalités concernant la santé des personnes âgées sont injustes et inutiles et peuvent donc être considérées comme des disparités. Ces disparités s'accumulent dans le parcours de vie en raison d'une exposition aux risques et aux obstacles environnementaux et sociaux qui déterminent les différences des conditions de santé durant les premières années de vie, et dans les trajectoires de vie jusqu'à l'âge adulte. La distribution des facteurs qui expliquent les différences de santé des personnes âgées résulte des iniquités accumulées, associées à l'éducation et aux conditions de vie et de travail (62).

En général, un vieillissement en bonne santé est synonyme non pas de l'absence de maladies, mais de la capacité d'un fonctionnement autonome et du maintien de la qualité de vie, même si les deux concepts peuvent avoir des connotations différentes en fonction du contexte économique et culturel. Pour atteindre les objectifs du vieillissement en bonne santé, il ne suffit pas de faire plus que ce qui se fait déjà, ou de le faire mieux ; il est nécessaire d'effectuer un changement dans les systèmes. Le vieillissement continuera d'être un facteur clé pour la santé publique au cours des prochaines décennies. Les conséquences du vieillissement de la population ne se limitent pas au simple fait qu'il y aura une proportion plus élevée de personnes âgées de 60 ans ou plus. Le vieillissement implique l'association de plusieurs affections chroniques, des

maladies infectieuses récurrentes, la diminution de la masse musculaire et l'augmentation correspondante de la fragilité, des changements dans les fonctions sensorielles et cognitives et une diminution de l'immunocompétence.

Face à cette réalité, la santé publique et le système de santé publique doivent réagir face à des impératifs démographiques et épidémiologiques bien différents. Or, il apparaît qu'ils ne sont pas préparés à répondre aux besoins et aux priorités des populations vieillissantes (60, 63-65).

Indépendamment des conditions socioéconomiques de la Région, l'espérance de vie des personnes de 60 ans se situe autour de 18 à 23 années supplémentaires de vie. Les personnes de 80 ans ou plus représentent le groupe avec la plus forte croissance démographique proportionnelle dans la Région. Cette réalité sans précédent affecte donc les paradigmes actuels de la santé publique et des services de santé.

Les pays de la Région devront renforcer leurs capacités nationales pour formuler et exécuter des politiques et des programmes à partir d'expériences réussies et de tous les éléments factuels disponibles.

## MIGRATIONS INTERNES ET ENTRE PAYS

La migration a toujours caractérisé les sociétés humaines et a été porteuse d'importants défis pour la santé, même si l'humanité n'a pris conscience de ses terribles conséquences que récemment. Actuellement, elle constitue la seule option en cas de guerre, de conflit social, de pénurie économique, de catastrophe naturelle et de menace climatique. L'impact des migrations sur le développement économique et sur les transformations démographiques des pays a toujours été considérable, et peut-être l'est-il aujourd'hui plus que jamais, mais des circonstances politiques et sociales ont converti de nombreux processus migratoires en aventures précaires et lourdes de menaces pour la santé (66, 67).

Le volume des migrations contemporaines et le fait qu'une bonne partie des migrants se déplace entre des régions du monde dont les conditions de santé et les profils épidémiologiques sont différents ont d'importantes conséquences pour la santé des migrants et celle des populations d'accueil. À cela s'ajoutent les circonstances culturelles, les barrières linguistiques et les diverses conceptions de la santé et des services de santé dans différentes régions de la planète. Les migrations contemporaines se produisent dans un contexte sociopolitique qui tend à engendrer le rejet de la part des populations

d'accueil et qui débouche souvent, à l'échelle individuelle, sur le préjudice et, à l'échelle sociale, sur des politiques d'exclusion et de discrimination (68-70). Le refus de nombreux États de signer et de ratifier la *Convention internationale sur la protection des droits de tous les travailleurs migrants et des membres de leur famille* montre qu'il y a encore beaucoup à faire pour progresser en matière d'accords éthiques et sur le terrain du droit universel à la santé.

Les privations économiques, les flambées épidémiques, l'insécurité alimentaire, les dangers associés à l'environnement, les conflits politiques et religieux, la discrimination raciale et celle fondée sur l'orientation sexuelle sont quelques-uns des facteurs qui donnent lieu aux flux migratoires de masse et affectent la santé des migrants en transit. Les migrants sont exposés à des risques relatifs aux accidents du travail, à la violence, à l'abus de drogues, aux troubles mentaux, à la tuberculose (TB), au VIH/sida et à d'autres maladies infectieuses. À tout cela s'ajoutent les obstacles qui entravent l'accès aux services de santé, bien souvent comme conséquence de législations restrictives, de coûts élevés, de différences culturelles, de stigmatisation et de discrimination.

Près de la moitié de la migration internationale contemporaine concerne des filles et des femmes qui émigrent de façon indépendante et qui peuvent se retrouver sur les marchés irréguliers, voire prisonnières de réseaux illégaux. Beaucoup de migrants, y compris internes et temporaires, font souvent l'objet de discrimination. La migration peut être unidirectionnelle ou multidirectionnelle, temporaire ou permanente. Les nombreux facteurs économiques et sociaux qui entrent en jeu, y compris ceux qui sont directement reliés à la santé, persistent généralement même après la résolution des problèmes légaux de nationalité. Les déterminants biologiques et génétiques de la santé ont des effets transgénérationnels, d'où la nécessité de mettre en œuvre des mécanismes de surveillance des populations migrantes.

Dans la Région des Amériques, le contexte social, économique, environnemental et politique des processus migratoires est dynamique et, parallèlement aux défis majeurs qu'il présente, il existe également des possibilités pour rendre ces processus plus sûrs en matière de santé (71-74).

Le mouvement de personnes entre les pays et à l'intérieur de ces derniers est un des sous-produits de la mondialisation et, plus que jamais, un motif de préoccupation. Ce qui, à une autre époque, était essentiellement le résultat de gradients socioéconomiques s'est transformé en l'une des conséquences

de la pauvreté, des guerres et des conflits politiques, sociaux et religieux.

Les migrations ont entraîné des tensions graves sur les systèmes de santé. De nombreux migrants, et en particulier les réfugiés, subissent généralement les effets de la violence, de l'exploitation et des formes multiples de discrimination, avec des conséquences sur leur intégrité et leur santé physique et mentale. Des obstacles juridiques et socioéconomiques entravent ou rendent plus difficiles leur accès aux services de soins de santé, et souvent ces derniers sont peu sensibles à leurs problèmes de santé ou à leurs spécificités culturelles.

Dans la plupart des systèmes de santé, les travailleurs ne sont pas conscients des droits des migrants à la santé ; d'autre part, les services de santé sont loin de pouvoir leur garantir le droit à la jouissance des plus hauts standards de santé physique et mentale tels qu'établis dans les législations internationales sur les droits de l'homme.

Il est nécessaire d'établir une collaboration active entre les différents secteurs, de disposer de l'engagement des gouvernements et de toutes les parties prenantes dans le processus migratoire afin de garantir le droit à la santé et le respect intégral des principes d'équité et de non-discrimination. Dans un monde globalisé où les questions de santé transcendent les frontières nationales, l'incapacité des autorités à traiter des problèmes découlant de la migration (ou leur *négligence*) serait désastreux. La Région n'est pas étrangère à ces réalités.

En ce qui concerne les systèmes de santé, leurs priorités pour les réfugiés et les migrants sont les suivantes : 1) réduire les inégalités par rapport aux populations locales en matière de couverture et d'accès pour les populations migrantes, 2) protéger et garantir leur droit à la santé, 3) mettre en œuvre un ensemble d'interventions adaptées pour réduire l'excès de mortalité et de morbidité, en particulier parmi les réfugiés et les victimes des migrations forcées suite aux catastrophes et aux conflits, 4) appliquer des mécanismes de surveillance de la santé, 5) renforcer et, au besoin, créer des cadres juridiques pour la protection de la santé, 6) promouvoir des alliances, des réseaux de coopération et une législation internationale pour garantir le financement des services de santé et la protection légale des migrants (75, 76).

## INÉGALITÉS ET OBSTACLES DANS LES SYSTÈMES DE SANTÉ

La recherche de l'équité est un des défis permanents qui se posent aux systèmes de santé dans la Région des Amériques.

En dépit des progrès significatifs observés dans les indicateurs de santé associés au développement économique et à l'incorporation de nouveaux concepts et ressources, la pauvreté et les inégalités continuent d'être un grave problème, qui se manifeste dans les résultats de santé individuels et collectifs. Par exemple, la Région n'a pas atteint, en 2015, les objectifs de réduction de la mortalité maternelle prévus par les OMD ; et malgré une importante réduction des taux de mortalité infantile, il subsiste de grands écarts entre les pays. Sans action spécifique pour transformer les systèmes de santé, le développement économique est insuffisant pour réduire les inégalités (1, 77, 78).

Une bonne partie des systèmes de santé de la Région ont appuyé les principes de **la santé universelle** et y ont adhéré, s'engageant ainsi à mettre en œuvre des modèles de soins axés sur les personnes et les communautés et sur les soins de santé primaires (79). Néanmoins, les réalités et les pratiques en vigueur, les structures caractéristiques du modèle biomédical traditionnel et l'affectation d'un plus gros volume de fonds aux soins et services hospitaliers entravent les développements proposés et l'expansion du pouvoir de résolution du premier niveau de soins, qui correspondrait mieux à la distribution géodémographique de la charge de morbidité.

Les pays ont besoin d'accélérer la transformation de leurs systèmes de santé en un système de santé universelle. La consolidation de processus démocratiques plus participatif et une défense toujours mieux organisée devraient stimuler une plus grande demande sociale de couverture et d'accès universel.

L'évaluation de la performance des systèmes de santé devra être réalisée sur deux plans séparés, à propos desquels on ne dispose pas actuellement d'informations suffisantes. Le plan traditionnel concerne la mesure et la surveillance des tendances des indicateurs de santé : les indicateurs négatifs mesurent la mortalité, la morbidité et le fardeau des maladies, tandis que les indicateurs positifs mesurent la couverture, l'accès aux services et leur qualité. Normalement, sur ce plan, la performance est évaluée en mesurant l'écart entre les objectifs anticipés et les réalisations effectives.

L'équité en santé, solidement enracinée dans le principe de la santé comme droit humain, ajoute un deuxième plan à la mesure de la performance (80, 81). Les indicateurs de santé doivent être améliorés sans accroissement des écarts entre les couches sociales de la population. L'amélioration des indicateurs et la réduction des écarts définissent les deux dimensions qui pourront évaluer la performance des systèmes.

Cependant, la surveillance de la performance pose le problème méthodologique et pratique du choix des bons critères de stratification et des indicateurs de santé, ainsi que des ressources appropriées pour la mesure des inégalités. Les critères devront être mesurables et calculés facilement ; ils devront être fondés sur des sources d'information mises à jour et fiables. La surveillance de la performance nécessitera également la capacité technique permettant d'interpréter et de diffuser les résultats (82-85).

Dans une autre perspective, les systèmes de santé doivent surmonter d'autres obstacles de nature financière, culturelle, ethnique et géographique liés au contexte physique et social, qui s'interposent sur la voie menant à la santé universelle.

La stratégie de santé universelle, approuvée en octobre 2014 par les États Membres de l'OPS, propose le renforcement

des systèmes et services de santé pour réduire les inégalités au moyen de la couverture et de l'accès universels. La stratégie souligne la nécessité d'augmenter et d'améliorer l'investissement dans la santé pour notamment renforcer le premier niveau de soins et avancer vers la création et la mise en œuvre de réseaux intégrés de services de santé. Elle reconnaît, en outre, la nécessité d'une approche intersectorielle qui permette de couvrir le vaste éventail des déterminants sociaux de la santé, dont un bon nombre sont hors du contrôle direct des systèmes de santé. L'approche intersectorielle et le principe des déterminants sociaux comme base de la stratégie sont indispensables pour réduire les inégalités en santé.



# LA SANTÉ DANS LES AMÉRIQUES+ 2017 : PANORAMA RÉGIONAL



## SITUATION DE LA SANTÉ DE LA POPULATION<sup>1</sup>

Cette section résume les statistiques sanitaires importantes de la Région entre 2010 et 2015.<sup>1</sup> Cette information est organisée selon les sections suivantes : A) les caractéristiques de la population et ses tendances, B) la situation de la mortalité et ses tendances, C) les problèmes critiques de santé et les maladies, D) les maladies chroniques non transmissibles et les maladies liées à des causes externes et E) la situation de la santé tout au long du parcours de vie.

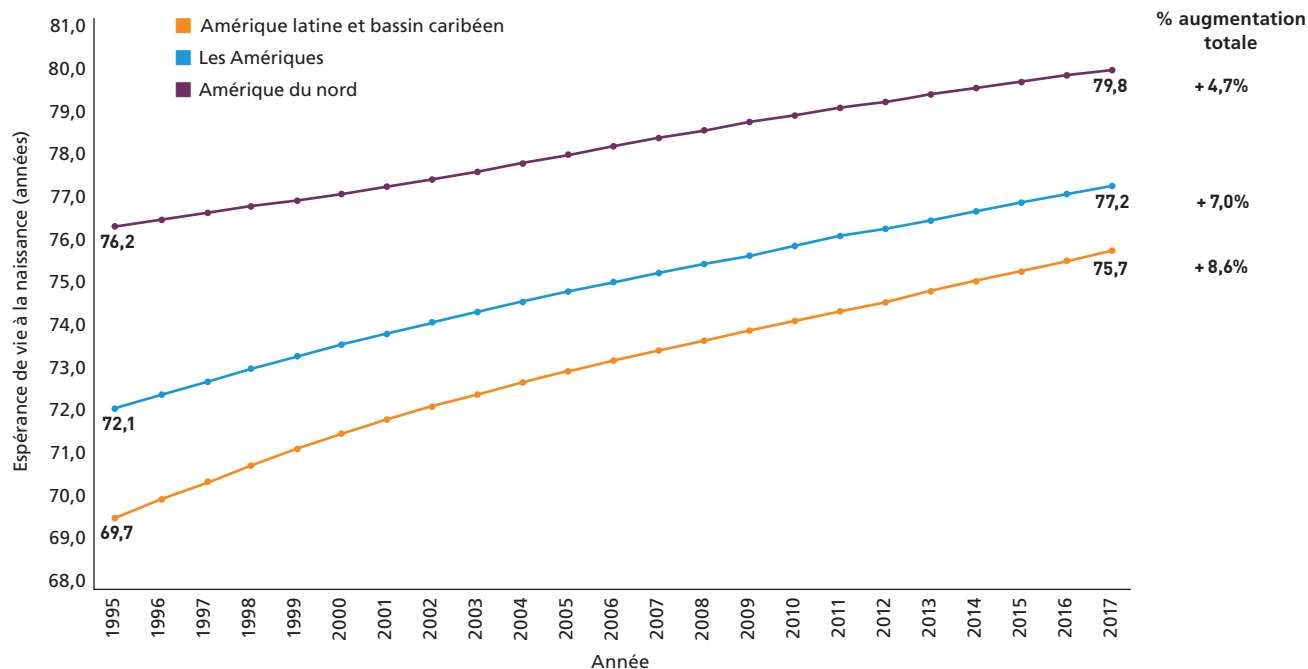
### A. LES CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION ET SES TENDANCES

En 2017, la population des Amériques était de 1,0 milliard d'habitants, ce qui représentait 13 % de la population mondiale (86). La Région a le pourcentage d'urbanisation (>80 %) le plus élevé du monde, distribué presque à égalité entre l'Amérique du nord (82 %) et l'Amérique latine et les Caraïbes (80 %). Elle comprend également trois des six mégapoles du monde (Mexico, New York et São Paulo) qui comptent approximativement 20 millions d'habitants chacune (87). Les pays de la Région font face à un processus progressif de vieillissement. La moitié d'entre eux présentent des taux de fécondité inférieurs à 2,1 enfants par femme, typiques de la phase démographique en dessous du « seuil de remplacement » (88, 89). Cependant, au cours des années 2010-2015, le taux de grossesse chez les adolescentes d'Amérique latine et des Caraïbes continue d'être le deuxième plus élevé au monde (66,5 naissances vivantes pour 1000 femmes de 15 à 19 ans). L'espérance de

vie mondiale a augmenté de trois ans au cours des périodes 2000-2005 et 2010-2015 (de 67,1 à 70,5) (88). L'espérance de vie dans la Région était supérieure au niveau mondial, de 74,5 ans en Amérique latine et dans les Caraïbes à 79,2 ans en Amérique du nord (Bermudes, Canada et États-Unis d'Amérique) (89) (figure 1). En 2017, on estimait que 26 % de la population des enfants (0 à 14 ans) et 17 % de la population des adolescents (15 à 24 ans) du monde vivaient en Amérique latine et dans les Caraïbes (86). Dans le même temps, les personnes âgées de 60 ans et plus représentaient environ 14,6 % de la population des pays des Amériques en 2017, allant d'environ 20 % à la Barbade, au Canada, à Cuba, aux États-Unis d'Amérique et en Uruguay à seulement 5,9 % au Belize (86). La population de plus de 80 ans était de 3,8 % en Amérique du Nord et de 1,6 % en Amérique latine (89). On prévoit que d'ici 2050, cette population atteindra 8,6 % et 5,7 %, respectivement. Entre 2010 et 2015, le nombre d'immigrants d'Amérique latine et des Caraïbes représentait 5 % de la population totale des États-Unis d'Amérique (90).

<sup>1</sup> Les lecteurs trouveront une information plus détaillée sur la plateforme numérique de *La santé dans les Amériques* ([www.paho.org/hia2017](http://www.paho.org/hia2017)) et sur [www.paho.org/PLISA](http://www.paho.org/PLISA).

**Figure 1. Espérance de vie à la naissance, Région des Amériques, Amérique du nord et Amérique latine et bassin caribéen, 1995-2017**



## B. LA SITUATION DE LA MORTALITÉ ET TENDANCES

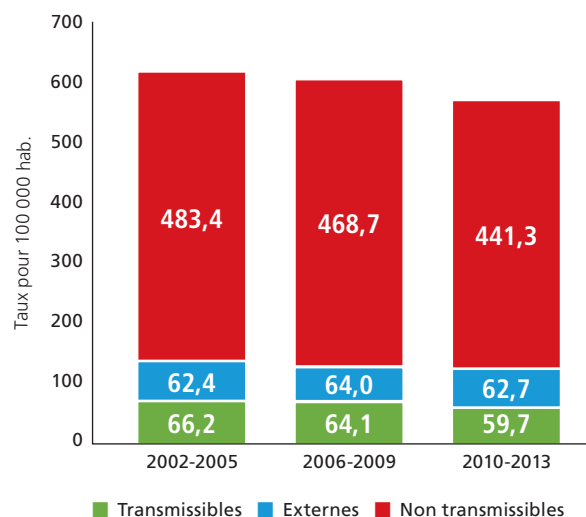
Afin d'évaluer la mortalité dans les Amériques, une étude écologique a été menée sur la base de la banque de données de l'OPS concernant la mortalité entre 2002 et 2013 et sur les indicateurs de mortalité maternelle et infantile estimée obtenus auprès de groupes interagences. La présente section décrit l'étendue, la distribution et les tendances des données de mortalité sur trois périodes (2002-2005, 2006-2009 et 2010-2013). Les taux de mortalité ajustés en fonction de l'âge ont été calculés en utilisant la structure d'âge de la population mondiale pour la période de 2000 à 2025, obtenue auprès de l'OMS, en tant que population standard.

La Région a grandement amélioré la qualité des données de mortalité. Le sous-enregistrement de la mortalité est passé de 7,2 % en 2002-2005 à 5,9 % en 2010-2013, la mortalité due à des causes mal définies de 4,7 % à 3,4 % lors de la même période, même si l'utilisation de codes de peu d'utilité a augmenté de 14,8 % à 15,2 % toujours lors de la même période.

Les taux de mortalité des maladies transmissibles ajustés en fonction de l'âge ont baissé de 66,2 décès pour 100 000 (entre 2002 et 2005) à 59,7 (entre 2010 et 2013), une réduction de 9,9 %. De même, les taux de mortalité des

maladies non transmissibles ajustés selon l'âge ont enregistré une baisse constante de 483,4 décès pour 100 000 (entre 2002 et 2005) à 441,3 (entre 2010 et 2013). Les causes externes de mortalité ont augmenté de 62,4 à 64,0 décès pour 100 000 (entre 2002 et 2005 et entre 2006 et 2009) et enregistré une baisse à 62,7 décès pour 100 000 (entre 2010 et 2013) (**figure 2**).

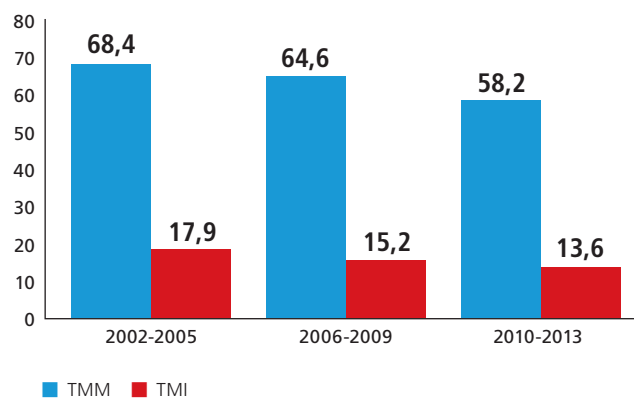
**Figure 2. Fardeau global de la maladie, taux de mortalité ajusté selon l'âge, Région des Amériques 2002-2005, 2006-2009 et 2010-2015**



Entre 2010 et 2013, les principales causes de décès par groupe d'âge ont été les suivantes : dans le groupe de 10 à 24 ans, homicides (20,4 pour 100 000 habitants), accidents de la circulation (13,4 pour 100 000 habitants) et suicides (5,7 pour 100 000 habitants) ; dans le groupe de 25 à 64 ans, cardiopathies ischémiques (35,9 pour 100 000 habitants), diabète (19,1 pour 100 000 habitants) et homicides (18,3 pour 100 000 habitants) ; chez les personnes âgées de 65 ans et plus, cardiopathies ischémiques (620,6 pour 100 000 habitants), maladie vasculaire cérébrale (327,5 pour 100 000 habitants), démence et maladie d'Alzheimer (292,8 pour 100 000 habitants).

Entre 2002-2005 et 2010-2013, le taux de mortalité maternelle a diminué de 68,4 à 58,2 pour 100 000 naissances vivantes (**figure 3**). La sous-région avec le taux de mortalité maternelle le plus élevé entre 2010 et 2013 était celle des Caraïbes hispanophones, avec 192,2 pour 100 000 naissances vivantes. Entre 2010 et 2013, 66,4 % de tous les décès maternels étaient dus à des causes obstétriques directes.

**Figure 3. Taux de mortalité maternelle pour 100 000 naissances vivantes et taux de mortalité infantile pour 1 000 naissances vivantes, Région des Amériques, 2002-2005, 2006-2009 et 2010-2015**



Lors de la même période, le taux de mortalité infantile dans la Région a diminué de 17,9 à 13,6 naissances vivantes pour 1000. La principale cause spécifique de décès néonatal dans les Amériques était l'insuffisance respiratoire.

## C. LES PROBLÈMES CRITIQUES DE SANTÉ ET LES MALADIES

### *Maladies émergentes et catastrophes*

**Grippe.** Depuis 2009, les virus de la grippe saisonnière qui circulent dans les Amériques sont : grippe A(H1N1) pdm09, grippe A(H3N2) et grippe B (lignées Victoria et Yamagata). Les tendances et la gravité des saisons de grippe varient selon les années, la sous-région et le pays. On a recensé le virus de la grippe d'origine porcine (H1N1v, H3N2v et H1N2v) chez des êtres humains au Brésil, au Canada et aux États-Unis d'Amérique.

**Choléra.** De 2010 à 2016, des cas de choléra ont été signalés à Cuba, en Haïti, au Mexique et en République dominicaine. Haïti a déclaré 179 379 cas et 3 390 décès en 2010. En 2011, on a enregistré le plus grand nombre de cas au cours de la période (340 311). À partir de l'épidémie d'Haïti de 2010 à 2013, des cas ont été signalés à Cuba (469 cas et 3 décès), en République dominicaine (32 778 cas et 488 décès) et au Mexique (203 cas et un décès) (91).

**Résistance aux antimicrobiens.** Depuis 1996, des tendances croissantes dans la résistance des principaux agents pathogènes humains aux antimicrobiens, que ce soit dans la communauté ou en milieu hospitalier, ont été observées (92). Les systèmes de surveillance ont permis de documenter la dissémination des mécanismes émergents de résistance dans la Région. Entre 2011 et 2016, les carbapénèmes de type KPC ont été constatés dans presque tous les pays d'Amérique latine. Ce mécanisme a une létalité qui va jusqu'à 50 % en cas de flambées dans des unités de soins intensifs (93). On a également recensé la présence et la dissémination d'autres mécanismes émergents de résistance dans des entérobactéries telles que les carbapénèmes de type OXA, les métallo-bêta-lactamases NDM-1 et la résistance à la colistine due à des plasmides [*mcr-1*].

**Catastrophes.** On a enregistré dans le monde un total de 3 311 catastrophes entre 2010 et 2016, desquelles 682 (20,6 %) ont eu lieu dans la Région des Amériques et ont généré un impact économique supérieur à US\$ 300 milliards. Parmi les catastrophes qui se sont produites dans la Région, 400 (58,6 %) ont été des phénomènes hydrométéorologiques, et leur coût a été de l'ordre de US\$ 278 millions. Les séismes enregistrés en 2010 en Haïti et au Chili, et en 2016 en Équateur, ont causé des dommages considérables sur l'infrastructure des services de santé, diminuant ainsi la capacité effective de fournir des soins à la population. Il est nécessaire d'établir des systèmes de



santé plus résistants face aux urgences et aux catastrophes, de renforcer les capacités de réaction interne des pays et d'améliorer la coordination et la coopération entre les pays.

### **Maladies à transmission vectorielle**

**Chikungunya.** En décembre 2013, les premiers cas locaux de chikungunya ont été diagnostiqués dans la partie française de Saint-Martin (94). En 2015, la transmission a été documentée dans 44 pays et territoires de la Région, avec une incidence cumulée moyenne de 73,3 cas pour 100 000 habitants. En 2016, 361 312 cas suspects ont été déclarés (taux d'incidence cumulée de 51,9 pour 100 000 habitants), et parmi ces cas suspects, 157 288 ont été confirmés.

**Virus Zika.** La transmission du virus Zika a été documentée pour la première fois dans les Amériques en février 2014. Entre mai 2015 et décembre 2016, 712 167 cas autochtones d'infection à virus Zika et 18 décès ont été déclarés. Au cours de la même période, on a déclaré 2 525 cas de syndrome congénital associé à l'infection à virus Zika. Une association a été établie entre l'infection par le virus Zika et des troubles neurologiques et des malformations congénitales. En plus de la transmission par des moustiques de type *Aedes*, on a documenté des cas de Zika transmis par voie sexuelle (95, 96).

**Fièvre jaune.** Il y a 14 pays d'endémie de la fièvre jaune dans la Région. Cependant, seuls cinq pays (Brésil, Bolivie, Colombie, Équateur et Pérou) ont déclaré des cas de fièvre jaune entre 2011 et 2016 (97, 98). De 2010 à 2016, 269 cas de fièvre jaune confirmés ont été déclarés, avec une moyenne de 48 cas par année. Le Brésil a signalé une épidémie de fièvre jaune à la fin de 2016. Entre le 1<sup>er</sup> décembre 2016 et le 17 mars 2017, 448 cas confirmés de fièvre jaune au total ont été déclarés, y compris 144 décès confirmés (taux de létalité de 32 %). L'épidémie affecte huit états brésiliens : Bahía, Espírito Santo, Goiás, Minas Gerais, Rio Grande do Norte, Rio de Janeiro, São Paulo et Tocantins (99).

**Dengue.** Entre 2011 et 2015, 8 207 797 cas de dengue ont été déclarés dans la Région, 58 % de plus qu'au cours de la période 2006-2010 et parmi ces cas, 118 837 (1,4 %) étaient graves. On a enregistré 5 028 décès (0,06 %), une augmentation de 93 % par rapport à la période 2006-2010. Entre 2011 et 2015, deux flambées épidémiques de dengue ont été observées (en 2013 avec 2 386 836 cas et en 2015 avec 2 430 278 cas). La littérature indique que les flambées de dengue se produisent tous les 3 à 5 ans ; cependant, cette diminution du temps entre les flambées épidémiques a été associée principalement à une notification excessive de cas suspects en raison de l'introduction de deux nouvelles

arboviroses dans les Amériques, avec des manifestations cliniques similaires à la dengue (chikungunya et Zika) (96).

**Paludisme.** Entre 2000 et 2015, le nombre de cas de paludisme dans les Amériques a diminué de 62 % (de 1 181 095 cas à 451 242). Au cours de la même période, les décès liés au paludisme ont baissé de 76 % (de 410 décès à 98). Du total de cas, 77 % ont été déclarés par le Brésil, le Pérou et le Venezuela. À la fin de 2015, 21 pays des Amériques étaient atteints par un paludisme. Tous les pays endémiques, à l'exception d'Haïti et du Venezuela, ont réduit la morbidité par rapport à l'an 2000. Entre 2014 et 2015, les cas de paludisme ont augmenté de 50 % au Venezuela (de 90 708 cas à 136 402). Si cette tendance se poursuit, on s'attend à ce que le Venezuela présente le plus grand nombre de cas de la Région.

**Maladies négligées.** On estime que 6 millions de personnes vivent avec la maladie de Chagas dans la Région. Dix-sept pays endémiques ont interrompu la transmission de *Trypanosoma cruzi*. À l'origine, on comptait 13 foyers documentés d'onchocercose dans six pays (Brésil, Colombie, Équateur, Guatemala, Mexique et Venezuela), avec une population à risque d'environ 568 000 personnes (100, 101). En raison du succès des programmes d'élimination en Colombie, en Équateur, au Guatemala et au Mexique (102), la population actuellement à risque d'onchocercose dans les Amériques est de 29 500 personnes, seulement 5 % de la population initialement à risque, dans un foyer commun unique entre le Brésil et le Venezuela.

**Maladies à prévention vaccinale.** Dans le cadre d'un effort synchronisé au niveau mondial, 36 pays et territoires des Amériques sont passés du vaccin antipoliomyélitique oral trivalent (VPOt) au vaccin antipoliomyélitique oral bivalent (VPOb). En 2015, la Région a été déclarée exempte de rubéole et du syndrome de rubéole congénitale par un Comité international d'experts et, en 2016, le même Comité l'a déclarée exempte de rougeole. Selon les données communiquées par les pays de la Région en 2015, la couverture du vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (DTC3) chez les enfants de moins d'un an a été de 91 %, celle de la troisième dose du vaccin contre la poliomyélite, de 92 %, et celle du vaccin contre la rougeole et la rubéole, de 93 %. Au cours de la même année, 19 pays ou territoires ont signalé une couverture nationale moyenne d'au moins 95 % avec le DTC3 chez les enfants de moins d'un an. Cependant, il existe des inégalités dans la couverture vaccinale, tant entre les pays qu'en leur sein. En 2015, d'un

total de presque 15 000 municipalités en Amérique latine et dans les Caraïbes, 8 456 (56 %) ont signalé une couverture vaccinale du DTC3 inférieure à 95 %.

### Maladies chroniques transmissibles

**Tuberculose.** La Région des Amériques a été la première au monde à atteindre les objectifs des OMD liés à la lutte contre la tuberculose (TB). Grâce à une baisse régulière depuis 1990, les taux de prévalence et de mortalité avaient été réduits de moitié en 2015 (103, 104). Toutefois, les progrès relatifs à la réduction des écarts dans la détection ou la notification des nouveaux cas de TB, de TB multirésistante (TB-MR) et de co-infection tuberculose/VIH ont été lents, par conséquent la TB reste un problème grave de santé publique. Les taux de mortalité liée à la TB ont diminué de 4,3 à 2,5 pour 100 000 entre 2000 et 2015 (104), alors que la co-infection tuberculose/VIH continue d'être un des principaux facteurs de risque en matière de développement et de gravité de la

maladie, et de nombre de décès. En 2015, 218 700 cas de TB ont été diagnostiqués et déclarés, avec une incidence de 22,1 cas pour 100 000 habitants, mais l'incidence globale au cours de la période 2000-2015 a néanmoins montré une diminution annuelle de 1,8 %. D'autre part, la Région des Amériques a présenté 4 508 cas de TB-MR en 2015, ce qui représente 55 % des estimations de cas de TB-MR parmi les cas de TB pulmonaire déclarés. Les limitations du diagnostic sont dues à la capacité de laboratoire limitée et à la lente application des nouvelles méthodes de diagnostic moléculaire (105-107).

**Lèpre.** Entre 2010 et 2014, une diminution du nombre de nouveaux cas déclarés a été observée en Amérique latine et aux Caraïbes, soit de 37 571 à 33 789 cas. Le Brésil déclare 91,9 % de tous les cas.

**VIH.** On estime qu'en 2015, en Amérique latine et dans les Caraïbes, deux millions de personnes étaient infectées par le VIH, dont 98 % étaient âgées de 15 ans ou plus. En date de la



## DONNÉES PRINCIPALES SUR LA SANTÉ DANS LA RÉGION DES AMÉRIQUES

- L'espérance de vie a atteint l'âge d'environ 75 ans pendant la période de 2010 à 2015. La population a bénéficié d'un gain de vie d'environ 16 ans au cours des 45 dernières années, une augmentation de presque 2 ans tous les 5 ans.
- Le taux de mortalité maternelle a diminué et est passé de 68,4 décès pour 100 000 naissances vivantes entre 2002 et 2005 à 58, 2 entre 2010 et 2013 (une réduction de 14,9 %).
- Le taux de mortalité infantile est passé de 17,9 décès pour 1 000 naissances vivantes entre 2002 et 2005 à 13,6 entre 2010 et 2013 (une réduction de 24,0 %).
- Le nombre de cas de paludisme a diminué de 62 % entre 2000 et 2015 (de 1 181 095 à 451 242 cas).
- Grâce au succès des programmes d'élimination, le nombre de foyers actifs d'onchocercose a diminué de 12 à seulement 1, dans la région de l'Amazonie entre le Brésil et le Venezuela.
- Entre 2010 et 2014, le nombre de nouveaux cas de lèpres a baissé de 10,1 % (de 37 571 à 33 789).
- En 2015, un Comité international d'experts a déterminé que la Région a interrompu la transmission endémique de la rubéole.
- En 2016, un Comité international d'experts a déclaré que la Région des Amériques était exempte de rougeole.
- Entre 2005 et 2015, les décès liés au sida sont passés de 73 579 à 49 564, une réduction de 67 % due au traitement antirétroviral précoce.
- La mise en œuvre de politiques de lutte contre le tabac a eu un impact positif sur le fardeau des maladies non transmissibles et les résultats sont déjà visibles au Brésil, au Panama et en Uruguay.
- La Région a obtenu une réduction de 67 % du taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans, qui est passé de 53,8 décès pour 1 000 naissance vivantes en 1990 à 17,9 en 2015.
- Le taux de fertilité parmi les adolescentes en Amérique latine et dans les Caraïbes est passé de 70,4 naissances pour 1 000 femmes âgées de 15 à 19 ans entre 2005 et 2010 à 66,5 entre 2010 et 2015, soit une réduction de 5,5 %.
- Les soins prénatals (mesurés par un minimum de quatre visites prénatales) ont augmenté dans la Région, passant d'une moyenne de 79,5 % en 2005 à 88, 2 % en 2016.
- Entre 2005 et 2015, les accouchements dans les établissements de santé ont augmenté de 91,3 % à 95,6 %.
- Le sérotype C du virus de la fièvre aphteuse n'étant plus en circulation dans la Région, il peut désormais être retiré du nombre de vaccins actuellement utilisés.

même année, la prévalence estimée de l'infection par VIH chez les personnes de 15 à 49 ans était restée stable pendant une décennie, autour de 0,5 % (0,4-0,6 %). Le VIH a touché en particulier la population des Caraïbes, avec une prévalence de 1 %. En Amérique latine, l'épidémie a touché principalement les hommes, qui représentent 68 % des personnes vivant avec le VIH, alors que dans les Caraïbes, 52 % des personnes vivant avec le VIH sont des femmes (108). Les populations les plus affectées sont les hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes, les travailleurs du sexe, les femmes transsexuelles, les consommateurs de drogues injectables et les populations autochtones. En 2015, la prévalence moyenne de l'infection par le VIH chez les hommes qui ont des relations avec d'autres hommes a été de 15 %.

**Infections sexuellement transmissibles (IST).** On estime annuellement à 64 millions le nombre de nouveaux cas d'IST curables (*Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*, *syphilis* et *Trichomonas vaginalis*) chez les personnes de 15 à 49 ans (109). L'infection par le virus du papillome humain (VPH) est l'infection virale la plus fréquente des voies génitales. La prévalence estimée du VPH en Amérique latine et dans les Caraïbes est de 16,1 % (110). On estime qu'en 2014, entre 7,1 et 16,6 millions de femmes auraient été vaccinées contre le VPH en Amérique latine et dans les Caraïbes, avec une couverture de 19 % chez les filles et les femmes de 10 à 20 ans (111).

## Zoonoses

**Rage.** La rage est endémique dans la plupart des pays du monde et elle est considérée comme une importante maladie zoonotique négligée qui affecte principalement les populations pauvres et vulnérables habitant dans des zones aux infrastructures fragiles en matière de santé humaine et animale. En 2015, 18 cas de rage humaine ont été déclarés dans les Amériques, dont 12 étaient dus à la transmission par des chiens.

**Leptospirose.** Les pays d'Amérique latine avec le plus grand nombre de cas de leptospirose en 2014 ont été le Brésil (3 974 cas, avec un taux d'incidence cumulée de 2,0 par 100 000 habitants), le Pérou (2 329 cas, taux de 7,7) et la Colombie (867 cas, taux de 1,8). Pour les Caraïbes non hispanophones, les pays étaient Trinité-et-Tobago (363 cas, taux de 27), la Guadeloupe (69 cas, taux de 15,0) et Saint-Vincent-et-les Grenadines (17 cas, taux de 16,5).

**Fièvre aphteuse.** En 2017, la Région a atteint un jalon historique : quatre années consécutives sans notification de cas de fièvre aphteuse. Néanmoins, la réapparition du virus de sérotype O en Colombie, fin juin 2017, démontre le risque

constant que pose la maladie en Colombie et dans les pays voisins. Cette récente réapparition démontre également le besoin continu de renforcer les programmes nationaux de prévention et d'éradication de la fièvre aphteuse.

## D. LES MALADIES CHRONIQUES NON TRANSMISSIBLES ET LES MALADIES LIÉES À DES CAUSES EXTERNES

**Maladies chroniques non transmissibles.** Les maladies chroniques non transmissibles sont responsables de presque quatre décès sur cinq chaque année dans les Amériques, et on prévoit une augmentation de ces chiffres au cours des prochaines décennies en raison de la croissance de la population, du vieillissement, de l'urbanisation, de l'exposition à l'environnement et aux facteurs de risque (43). De tous les décès causés par ces maladies, 35 % étaient prématurés chez les personnes de 30 à 70 ans. Du total de décès prématurés dans ce groupe d'âge, 65 % étaient dus au cancer et aux maladies cardiovasculaires.

Par rapport aux **facteurs de risque des maladies** non transmissibles, la moyenne annuelle de consommation d'alcool par personne dans la population de plus de 15 ans était 8,4 litres (43). En 2010, environ 81 % des adolescents scolarisés de 11 à 17 ans ne faisait pas assez d'activités physiques (87,1 % chez les filles et 75,3 % chez les garçons) (44). Selon une estimation de 2013, la prévalence normalisée selon l'âge de consommation actuelle de tabac chez les personnes de 15 ans ou plus était de 17,5 %, avec un taux plus élevé chez les hommes que chez les femmes (43). En 2014, la prévalence normalisée de l'hypertension (18,7 %) était inférieure à la prévalence mondiale de 22 % (44). Dans les Amériques, 15 % de la population de plus de 18 ans vit avec le **diabète**. Ce chiffre a triplé au cours de la dernière décennie ; de même, la prévalence de taux de glucose élevé dans le sang a augmenté de 5,0 % en 1980 à 8,5 % en 2014 (8,6 % pour les hommes et 8,4 % pour les femmes) (43). Le taux d'obésité (IMC >30 kg par m<sup>2</sup>) dans les Amériques est plus du double de la moyenne mondiale (26,8 % comparé à 12,9 %), avec une plus grande prévalence chez les femmes (29,6 %) que chez les hommes (24,0 %). En 2014, le taux de mortalité normalisé selon l'âge pour le diabète de type 2 dans la Région enregistre une légère différence entre les hommes et les femmes : 35,6 contre 31,6 pour 100 000 (43). La prévalence du surpoids chez les enfants de moins de 5 ans était de 7,2 % en 2012 (43).

**Les maladies cardiovasculaires** sont la principale cause de décès dans la Région, bien que le taux de mortalité lié à cette maladie ait diminué de façon constante dans la majorité

des pays des Amériques, avec une réduction générale de 19 % entre 2000 et 2010 (20 % chez les femmes et 18 % chez les hommes). Un total de 1 300 000 personnes sont mortes du **cancer** en 2012 (43). Environ 45 % de ces décès sont considérés comme prématurés et enregistrés chez des personnes de moins de 70 ans, y compris presque 9 000 enfants de moins de 14 ans.

Au cours des deux dernières décennies, les nations d'Amérique centrale ont déclaré un nombre croissant de cas de personnes souffrant d'une **insuffisance rénale chronique non traditionnelle (CKDnT, selon le sigle anglais)**. La maladie est plus commune chez les jeunes travailleurs agricoles de sexe masculin et elle est associée principalement aux déterminants environnementaux, notamment l'abus de produits agrochimiques, ainsi qu'aux



## DONNÉES PRINCIPALES DE LA RÉGION DES AMÉRIQUES EN MATIÈRE DE MALADIES NON TRANSMISSIBLES

- Les maladies non transmissibles (MNT) sont les causes principales de décès dans les Amériques et sont responsables de près de quatre décès sur cinq chaque année.
- Parmi les décès imputables aux MNT, les maladies cardiovasculaires, le cancer, les maladies respiratoires et le diabète sont les quatre causes principales.
- Les quatre facteurs de risque principaux des MNT sont une alimentation déséquilibrée, la sédentarité, le tabagisme et l'usage nocif de l'alcool.
- L'alcool est un sérieux problème de santé publique dans les Amériques, qui occupent le deuxième rang mondial en ce qui concerne la consommation par habitant et la consommation occasionnelle excessive.
- Le tabagisme est un facteur de risque critique en ce qui concerne les maladies cardiovasculaires, le cancer, les maladies respiratoires chroniques et le diabète. La mise en œuvre effective des mesures de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte anti-tabac encourage la réduction de la consommation de tabac et de l'exposition à la fumée de tabac.
- L'obésité augmente la probabilité du diabète, de l'hypertension, des maladies cardiaques, des accidents vasculaires cérébraux, de certains cancers, de l'apnée du sommeil d'origine obstructive et de l'arthrose, entre autres. La Région des Amériques est la région de l'OMS avec la prévalence la plus élevée de surpoids et d'obésité, qui touchent plus de femmes que d'hommes.
- L'obésité a atteint des proportions épidémiques chez les enfants, les adolescents et les adultes. Des politiques en matière de réglementation sont nécessaires pour promouvoir, soutenir et protéger une alimentation saine, restreindre la mise sur le marché, réglementer l'étiquetage et appliquer des taxes sur les boissons sucrées et autres produits transformés et ultra transformés, au contenu élevé en calories, sucre, graisses et sodium.
- La tension artérielle haute ou anormalement élevée, communément appelée hypertension, affecte les femmes et les hommes de manière égale et continue d'avoir des répercussions sur la mortalité et le développement des maladies cardiovasculaires et autres MNT.
- Près de 442 millions d'adultes de plus de 18 ans dans le monde souffrent de diabète, dont 62 millions (15,0 %) dans les Amériques. Ce chiffre a triplé dans la Région au cours des dix dernières années.
- Le cancer affecte près de 3 millions de personnes dans les Amériques chaque année et entraîne 1,3 millions de décès, dont 45 % sont prématurés (chez des personnes de moins de 70 ans). En Amérique latine et dans les Caraïbes, les cancers de la prostate, de l'estomac et colorectal sont les causes principales de décès dus au cancer chez les hommes. Chez les femmes, les causes principales sont les cancers du sein, de l'estomac, du poumon, du col de l'utérus et colorectal.
- Les MNT constituent des obstacles à la réduction de la pauvreté et au développement durable. Le diagnostic précoce des MNT, lorsqu'elles sont plus faciles à traiter, requiert l'existence de services de santé plus compétents.
- La plupart des pays des Amériques se sont engagés à combattre les MNT et à les surveiller de manière efficace. Le coût de l'inaction aura un impact négatif sur la santé, la qualité de vie et le bien-être économique de la société et des individus.

risques professionnels comme l'exposition aux températures élevées et la consommation insuffisante d'eau. Une analyse de la mortalité due à l'insuffisance rénale chronique non traditionnelle a montré une augmentation soutenue des taux en El Salvador, de 18,7 décès pour 100 000 habitants en 1997 à 47,4 en 2012, et au Nicaragua, de 23,9 décès pour 100 000 habitants en 1997 à 36,7 en 2013.

**Santé mentale.** Les troubles mentaux, neurologiques et ceux dus à l'abus de substances sont les principaux facteurs qui contribuent à la mortalité, l'incapacité, les traumatismes, la mortalité prématurée et les augmentations de risque pour d'autres conditions de santé. En 2013, la prévalence de ces troubles dans les Amériques, estimée sur 12 mois, a varié entre 18,7 % et 24,2 %. Plus spécifiquement, les écarts étaient les suivants : troubles de l'anxiété, de 9,3 % à 16,1 % ; troubles affectifs, de 7,0 % à 8,7 % ; et troubles liés à l'abus de substances, de 3,6 % à 5,3 %.

**Traumatismes dus aux accidents de la route.** Dans les Amériques, les traumatismes dus aux accidents de la route ont causé la mort de 154 089 personnes en 2013, ce qui représente 12 % des décès dus aux accidents de la route dans le monde entier, et une augmentation de 3 % par rapport à 2010.

**Violence.** L'Amérique latine et les Caraïbes recensent 18 des 20 pays au taux d'homicides le plus élevé au monde, ceci étant dû en partie à l'activité des gangs et de la criminalité organisée (112). Les hommes sont le plus souvent les victimes de violence mortelle, mais les femmes risquent plus d'être assassinées par un compagnon et de subir des violences sexuelles et d'autres formes de violence ne causant pas la mort (112, 113). L'OMS calcule que presque un tiers (29,8 %) des femmes qui, à un moment ou un autre, ont vécu dans une relation de couple en Amérique latine et aux Caraïbes, ont subi des sévices physiques ou sexuels de la part d'un partenaire intime à un moment de leur vie (113). La majorité des enfants de 0 à 17 ans font l'objet d'abus physiques, sexuel ou émotionnel chaque année (58 % en Amérique latine et aux Caraïbes et 61 % en Amérique du Nord) (114).

### **Accidents du travail et maladies professionnelles**

En 2016, les chiffres de la main d'œuvre de la Région étaient estimés à 661 millions de personnes, dont 63,8 % (422 millions) se trouvaient en Amérique latine et aux Caraïbes et 36,2 % (239 millions), en Amérique du Nord. Le taux de chômage a commencé à augmenter en 2013 et a atteint 6,6 % en 2015 et 8,1 % en 2016 (115). Selon les estimations, il y a eu au moins 7,6 millions d'accidents du travail en 2007 dans la Région, ce qui revient à 20 825 accidents quotidiens

(plus fréquents parmi les hommes) et ces accidents ont causé le décès de 11 343 personnes, 5 232 d'entre eux en Amérique latine et dans les Caraïbes (116). La construction, l'activité minière, l'agriculture et le transport ont été les secteurs économiques avec le plus grand nombre d'accidents mortels (117). Les maladies professionnelles sont mal évaluées en raison de leurs longues périodes de latence, de la difficulté à les identifier et de la difficulté à les distinguer dans les registres des maladies non transmissibles.

## **E. LA SITUATION DE LA SANTÉ TOUT AU LONG DU PARCOURS DE VIE**

**Santé des enfants.** La Région a réussi à réduire la mortalité infantile (OMD 4) de 67 % : de 53,8 à 17,9 pour 1000 naissances vivantes entre 1990 et 2015. La diarrhée et la pneumonie continuent d'être des causes majeures de décès : ces deux maladies ont causé 14 % du nombre total de décès chez les enfants en 2015. Chez les enfants de moins de 5 ans, la diarrhée était la cause de 10 % de la mortalité des enfants en Haïti, de 8 % au Nicaragua, de 7 % au Guatemala et de 6 % en Bolivie. Dans ces pays, l'utilisation de sels de réhydratation orale est peu élevée (environ 50 %). La proportion de la pneumonie comme cause de mortalité des enfants de moins de 5 ans est de 23 % en Haïti, 17 % au Guatemala, 16 % au Nicaragua et 14 % en Bolivie. Le recours aux services de santé quand les symptômes de pneumonie sont présents est également bas dans ces pays (entre 50 % et 60 %). Le groupe des enfants de 5 à 9 ans a été négligé au niveau des interventions de santé et du dépistage. En Amérique latine et aux Caraïbes, les traumatismes dus aux accidents de la route et ceux non intentionnels sont les principales causes de décès chez les enfants de 5 à 14 ans. Les maladies infectieuses (infections respiratoires, diarrhée, tuberculose et méningite, entre autres) sont la deuxième cause de décès.

**Santé des adolescents.** Actuellement, la population des jeunes est la cohorte la plus grande de l'histoire du monde et de la Région. On estime que 16 % de la population totale des Amériques et 18 % de celle en Amérique latine et dans les Caraïbes, appartient au groupe démographique des personnes âgées de 10 à 19 ans (118). L'éducation a été identifiée comme un des déterminants structurels de la santé des adolescents. On estime que dans les Amériques, le taux d'alphabétisation des jeunes de 15 à 24 ans dépasse 98 %, avec un indice de parité entre les sexes proche de 1. Cependant, dans la majorité des pays, le pourcentage des adolescents inscrits dans un établissement d'enseignement secondaire est nettement inférieur. Les principales causes de décès chez les adolescents sont des causes externes, en particulier les homicides, les suicides et les traumatismes dus

aux accidents de la route. Huit des onze pays qui possèdent des données sur l'anémie chez les adolescents de 12 à 19 ans ont déclaré des pourcentages d'anémie de 10 % et plus. La marijuana est la substance psychoactive la plus utilisée par les adolescents, après le tabac et l'alcool. Selon le Rapport sur la consommation de drogues dans les Amériques 2015, la consommation de marijuana tout au long de la vie des étudiants de terminale a varié de 1,9 % au Venezuela à 49,4 % au Chili et, l'année dernière, de 1,1 % en République dominicaine à 38,9 % au Chili (119). Les taux de fécondité des adolescentes au Canada et aux États-Unis d'Amérique se trouvent en-dessous de la moyenne mondiale et ont constamment diminué au cours de la dernière décennie. À l'opposé, la région d'Amérique latine et des Caraïbes a le deuxième taux de fécondité des adolescentes le plus élevé au monde, estimée à 66,5 naissances pour 1 000 filles de 15 à 19 ans pour la période 2010-2015, par rapport à 46 naissances pour 1 000 filles dans le monde entier (120). Selon des estimations du *Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida* (ONUSIDA), la prévalence du VIH chez les adolescents en Amérique latine et dans les Caraïbes a diminué, avec un taux estimé à 0,16 % chez les femmes et 0,23 % chez les hommes. Les données montrent des tendances croissantes dans la connaissance du VIH et l'utilisation du préservatif chez les couples occasionnels dans la Région.

**Santé maternelle.** La santé maternelle a fait de grands progrès. Tous les pays des Amériques ont amélioré leurs indices de développement humain entre 1990 et 2014, ce qui a une répercussion positive sur la santé maternelle. Les soins prénatals, évalués au moyen du pourcentage de femmes enceintes avec au moins quatre contrôles prénatals, ont augmenté dans toute la Région, passant de 79,4 % en 2005 à 88,2 % en 2016. La couverture du contrôle prénatal en Amérique latine et dans les Caraïbes est passée de 72,6 % en 2005 à 85,7 % en 2016. Cependant, neuf pays se maintiennent en-dessous de la moyenne régionale pour l'Amérique latine et les Caraïbes, huit d'entre eux étant des pays avec un indice de développement humain plus faible et une plus grande inégalité de genre. La couverture des accouchements dans des établissements de santé est passée de 91,3 % à 95,6 % entre 2005 et 2015. La couverture moyenne des accouchements en milieu hospitalier pour l'Amérique latine et les Caraïbes est de 93,8 %, sept pays étant en dessous de cette moyenne, avec des chiffres entre 93,2 % au Belize et 50 % en Haïti. Cinq de ces sept pays présentent un faible indice de développement humain et un haut niveau d'inégalité entre hommes et femmes. Quatre d'entre eux (*Bolivie, Guatemala, Haïti et Honduras*) affichent, en outre, de faibles niveaux de soins prénatals. L'objectif des OMD visant la réduction de la mortalité maternelle n'a été

atteint dans aucun pays des Amériques. Au niveau mondial, la réduction de la mortalité maternelle entre 1990 et 2015 a atteint 44 %, alors que dans la Région des Amériques, elle a été de 49 %. Bien que la majorité des pays d'Amérique latine et des Caraïbes aient réduit leurs chiffres de mortalité maternelle, 13 pays de la Région ont des taux de mortalité maternelle supérieurs à la mortalité maternelle moyenne pour l'Amérique latine et les Caraïbes, qui, en 2015, était de 68 pour 100 000 naissances vivantes.

**Santé des personnes âgées.** Dans tous les pays de la Région des Amériques, on observe un vieillissement croissant de la population (121). De nos jours, l'espérance de vie à 60 ans a été estimée à 21 ans ; c'est-à-dire que 81 % des personnes qui sont nées dans la Région ont atteint l'âge de 60 ans et que 42 % de ces dernières dépasseront l'âge de 80 ans (122). En 2016, les personnes de 80 ans et plus représentaient 3 % de la population de la Région. Cependant, on estime que ce groupe de population sera celui qui connaîtra le plus grand accroissement proportionnel, avec un pic de croissance très marqué à partir de 2025. La sous-région des Caraïbes a actuellement la population la plus âgée d'Amérique latine et des Caraïbes, alors que l'Amérique centrale est la sous-région avec la population la plus jeune. En 2012, les causes principales de décès dans le groupe des adultes de plus de 60 ans étaient les maladies ischémiques cardiaques (14,51 %), suivies des maladies cérébro-vasculaires (7,67 %), de la démence et de la maladie d'Alzheimer (6,21 %), qui, dans ce groupe d'âge, ont un poids plus important parmi les causes de décès dans la Région. L'augmentation de l'espérance de vie n'a pas entraîné plus d'années de vie en bonne santé et sans incapacité. En 2015, on estimait que l'espérance de vie en bonne santé moyenne dans la Région des Amériques était de 65 ans, avec un nombre d'années de vie restantes en mauvaise santé qui varie selon les pays, allant de 8,3 ans au Guyana jusqu'à 10,9 ans aux États-Unis d'Amérique. Le Canada et le Costa Rica sont les pays où l'espérance de vie en bonne santé est la plus élevée après l'âge de 70 ans. À l'inverse, Haïti et le Guyana présentent une espérance de vie en bonne santé inférieure à 60 ans, et des pays comme les États-Unis d'Amérique, Porto Rico et le Venezuela perdent 10 ans de leur espérance de vie en bonne santé. Ces estimations contribuent à l'argument que l'accroissement de l'espérance de vie s'est accompagné d'un accroissement de la morbidité et surtout de l'invalidité.

### **Les inégalités sociales en matière de santé**

L'équité en matière de santé est une expression cardinale de la justice sociale, à laquelle un individu parvient lorsqu'il peut atteindre son plein potentiel de santé et lorsque personne n'est exclu ou empêché d'atteindre un tel potentiel en raison

de sa position sociale ou d'autres circonstances sociales. Cet impératif éthique s'accompagne d'un impératif politique car il est aujourd'hui reconnu que l'équité sociale est une condition préalable à la bonne gouvernance ; par conséquent, l'équité est un objectif politique qui consiste à créer des chances égales pour la santé et le bien-être. En effet, sans équité sociale, le développement humain durable ne peut pas être garanti (123). Reconnaisant ce fait, le *Programme de développement durable à l'horizon 2030*, adopté par tous les pays membres de l'ONU en 2015, s'est explicitement engagé à veiller à ce que **personne ne soit laissé de côté**.

### **Deux notions inséparables : l'équité en matière de santé et les déterminants sociaux de la santé**

L'aspiration à l'équité en matière de santé, y compris l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle, implique de modifier la répartition sous-jacente et le rôle des déterminants sociaux de la santé, c'est-à-dire les circonstances dans lesquelles les personnes naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent, ainsi que l'ensemble des forces et systèmes qui influencent ces circonstances, comme la répartition de la richesse, du pouvoir et des ressources aux niveaux mondial, national et local. Les actions visant à la transformation, et par conséquent, à l'égalisation des déterminants sociaux en matière de santé, nécessitent, d'une part, l'abandon des pratiques de santé publique basées sur le paradigme du facteur de risque centré sur la personne et le comportement et, d'autre part, l'adoption de politiques publiques avec une approche plus globale, qui permette aux personnes et aux communautés d'exercer un contrôle sur les différentes circonstances de leurs vies et qui soit multidisciplinaire et essentiellement intersectorielle selon le principe de la *santé dans toutes les politiques*.

### **Les Amériques : une région dynamique confrontée à des iniquités persistantes**

La garantie du droit universel à la santé ne sera qu'un vœu pieu si les profondes inégalités sociales qui sous-tendent les lacunes sanitaires de la Région ne sont pas abordées. Des études empiriques offrent des preuves tangibles que les groupes démographiques présentant les pires résultats en santé dans les pays de notre Région sont également ceux qui présentent les manifestations matérielles des inégalités socioéconomiques, telles des niveaux de revenu et de consommation faibles, des logements de mauvaise qualité, des emplois précaires, un accès limité à des services de santé de qualité, un accès réduit à l'éducation, un accès insuffisant à

l'eau et à l'assainissement, la marginalisation, l'exclusion et la discrimination (39, 40).

La persistance tenace de profondes inégalités sociales et, par conséquent, de profondes inégalités en matière de santé de la population et de fardeau de la maladie, est évidente même dans les pays d'Amérique latine où des réformes politiques, économiques et sociales « post-néolibérales » ont été mises en œuvre avec force pour contrer le modèle néolibéral qui a émergé au cours des années 1980 (124). Le lien de causalité est ici à double sens : d'une part, les conditions associées à la pauvreté (tels que l'insécurité économique, le stress et la malnutrition) ont des répercussions directes sur la santé des personnes et limitent leur accès aux services de santé ; d'autre part, une mauvaise santé freine le potentiel de génération de revenus et de mobilité sociale en réduisant les performances scolaires, professionnelles et sociales.

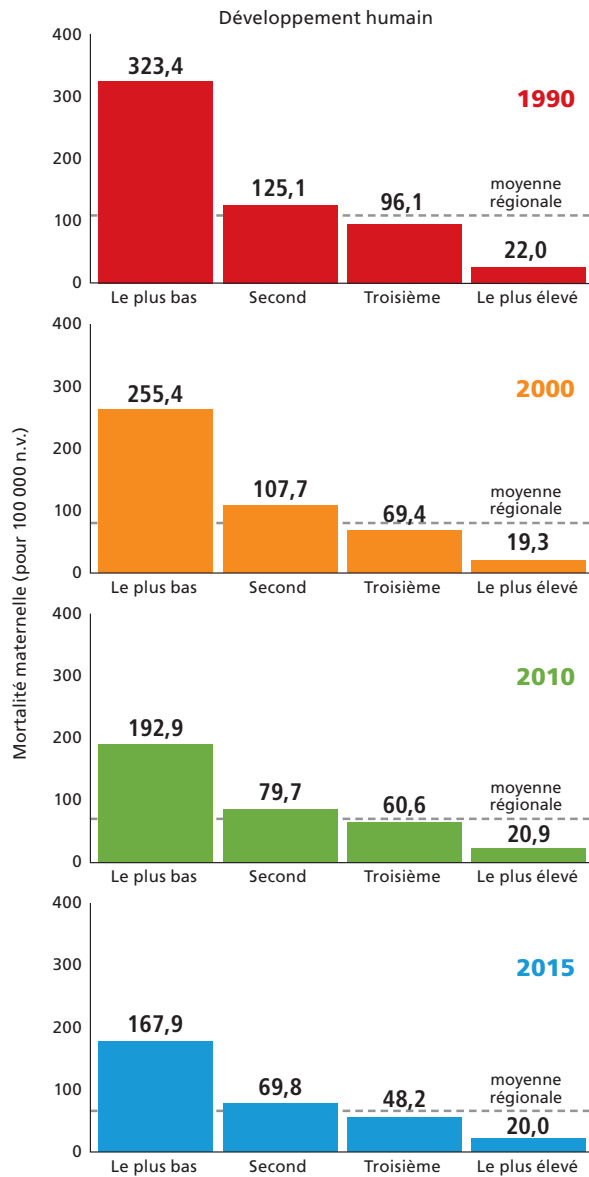
### **Un regard régional sur la santé dans la perspective des OMD et sous l'angle de l'équité**

Malgré les répercussions structurelles de l'héritage colonial, d'une grande injustice sociale et de profondes inégalités socioéconomiques (39), la Région des Amériques, et l'Amérique latine en particulier, a connu un cycle vertueux de croissance macroéconomique, caractérisé par une réduction de la pauvreté extrême et une diminution de l'inégalité dans la répartition des revenus pendant une grande partie de la période entre 1990 et 2015. C'était aussi la période de mise en œuvre des *Objectifs du Millénaire pour le développement* (OMD). Comme indiqué dans cette édition et la précédente (116), la Région a consolidé des avancées indéniables en matière de santé ; elle a atteint plusieurs cibles fixées par l'OMD 4 (mortalité infantile), l'OMD 6 (incidence du VIH et de la tuberculose) et l'OMD 7 (accès à l'eau).

Malgré des améliorations globales impressionnantes, un regard régional sur la santé du point de vue des OMD présente une image différente et plus troublante lorsqu'elle est examinée sous l'angle de l'équité. La réalisation des OMD relatifs à la santé et/ou les progrès vers ces objectifs n'ont généralement pas été accompagnés d'une réduction systématique des inégalités sociales en matière de santé, et plus particulièrement de l'inégalité relative.<sup>2</sup> Cette dernière constitue généralement l'indicateur le plus sensible pour déterminer l'impact des politiques destinées aux segments de la population la plus désavantagée socialement, nécessaires pour que *personne ne soit laissé de côté*. Un exemple indicatif

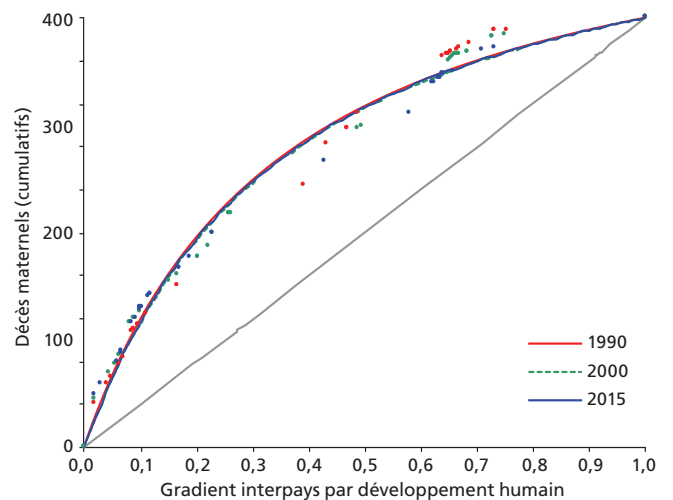
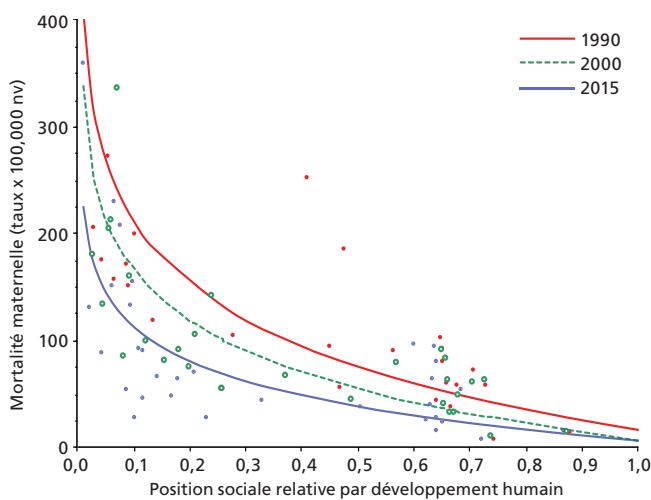
2 Contrairement à l'inégalité absolue, qui reflète l'ampleur des différences en matière de santé entre les groupes sociaux, l'inégalité relative montre les différences *proportionnelles* en matière de santé entre les groupes sociaux.

**Figure 4. Inégalités en matière de mortalité maternelle entre les pays des Amériques selon les quartiles de développement humain pour la période des OMD (1990-2015)**



Facteurs de stratification de l'équité	mesures de l'équité	Année	Valeur de point	95% CI	
				le plus bas	le plus élevé
Développement humain	KI absolu	1990	301,4	296,0	306,8
		2000	236,1	231,2	240,9
		2010	171,9	167,6	176,2
		2015	147,9	143,8	152,0
	KI relatif	1990	14,72	13,81	15,69
		2000	13,24	12,36	14,18
		2010	9,21	8,61	9,86
		2015	8,39	7,82	9,00
	SII	1990	-249,4	-256,1	-137,4
		2000	-191,3	-196,8	-121,9
		2010	-145,3	-150,6	-91,3
		2015	-120,5	-203,1	-87,5
HCI	1990	-0,42	-0,57	-0,28	
	2000	-0,42	-0,55	-0,29	
	2010	-0,39	-0,52	-0,27	
	2015	-0,42	-0,55	-0,29	

KI = Indice Kuznets SII = Indice inégalité absolu HCI = Indice de concentration





et dramatique est celui de l'OMD 5 (mortalité maternelle), illustré par la **figure 4** comme un tableau de bord de la situation de la mortalité maternelle dans l'optique de l'équité :

En moyenne, la Région a réussi à réduire de moitié le taux de mortalité maternelle entre 1990 (101,8 pour 100 000 naissances vivantes) et 2015 (51,7 pour 100 000 naissances vivantes). En principe, cette information est nécessaire et suffisante pour évaluer la conformité ou pas avec l'OMD 5 (qui prévoit une réduction de 75 %). Toutefois, les équiplots (en haut à gauche du tableau de bord) et les histogrammes des quartiles de développement humain des pays (en bas à gauche) montrent que même si les écarts absolus de la survie maternelle ont été réduits, en particulier au détriment d'une réduction de la mortalité maternelle dans les pays du quartile avec les plus bas niveaux de développement humain, des gradients d'inégalité dans la mortalité maternelle persistent. Cet effet indésirable est confirmé par les courbes de régression (coin supérieur droit) et les courbes de concentration (coin inférieur droit) des inégalités sociales (selon le développement humain) pour la mortalité maternelle entre les pays des Amériques, qui offrent des mesures plus sophistiquées et plus détaillées du gradient d'inégalité (c.-à-d., l'indice d'inégalité de la pente et l'indice de concentration de la santé, respectivement). En fait, 50 % des décès maternels dans la Région sont toujours concentrés dans 20 % des pays ayant des niveaux inférieurs de développement humain. Cette situation n'a pas évolué entre 1990 et 2015. Ces mères sont les personnes *que nous avons laissées de côté*.

Des inégalités de santé *entre pays* analogues à celles illustrées ici à travers la mortalité maternelle ont été documentées à l'aide d'autres indicateurs de résultats sanitaires et à d'autres stades de la vie (116). Les données probantes concernant les inégalités en matière de santé *au sein des pays* visibles grâce aux microdonnées d'enquêtes sur la population sont encore plus pertinentes (41).

### **La persistance des iniquités et des inégalités dans la Région**

Parmi les régions du monde, les Amériques (l'Amérique latine et les Caraïbes en particulier) sont réputées posséder les niveaux d'iniquité sociale et de santé les plus élevés (77, 78, 116), notamment en termes d'inégalité dans la répartition du revenu – le point de départ concernant les préjugés sur les inégalités régionales. Cependant, les inégalités sociales, économiques et de santé observées dans notre Région tendent à être le résultat de quelque chose plus enraciné et peut-être moins évident : des politiques, des lois et des

règlements dont la conception et l'exécution reflètent l'inégalité d'accès au pouvoir dans nos pays.

L'inégalité extrême peut modifier le processus d'élaboration des politiques, même dans des contextes démocratiques, puisqu'elle se traduit par des déséquilibres au niveau du pouvoir d'influence du processus politique dans une société. Par conséquent, le potentiel réel des individus ne disposant pas du pouvoir leur permettant de surmonter la pauvreté et l'exclusion et de profiter de conditions de vie décentes et satisfaisantes, y compris une santé robuste, est diminué.

L'élaboration de politiques implique la discussion, l'approbation et la mise en œuvre de politiques publiques. Elle peut être envisagée comme un processus de négociation ou d'échanges (*ou de transactions*) entre les parties prenantes qui se déroule dans des contextes formels et informels. Lorsque ce processus se produit dans des contextes d'inégalités profondes, les circonstances, les réalités et les priorités des élites, c'est-à-dire des acteurs privilégiés qui détiennent tout le pouvoir et influencent le processus politique, tendent à figurer dans les politiques qui régissent nos sociétés et renforcent ainsi la culture du privilège qui prévaut dans notre Région (125). Par conséquent, les élites et leurs réseaux, avec leurs idées et leurs ressources, sont parfois synonymes de forces largement responsables de la manière dont l'excédent économique est généré à leur avantage. Ils s'approprient du fonctionnement des institutions gouvernementales au détriment de l'intérêt public. L'influence des élites et la confiscation ultérieure des politiques (par exemple, la fiscalité progressive) ne sont pas seulement un obstacle structurel à la lutte contre les iniquités ; elles malmènent également les préceptes fondamentaux de la démocratie, affaiblissent ses institutions et corrompent le processus d'élaboration des politiques en général.

Dans le contexte actuel, compte tenu du scénario de développement durable promu dans le *Programme à l'horizon 2030*, l'OPS a identifié un rôle clé qu'elle peut jouer pour rendre l'élaboration des politiques plus efficace dans la promotion du droit universel à la santé. Dans un premier temps, elle doit continuer à produire et à diffuser des analyses concrètes et des données probantes sur les déterminants sociaux de la santé (c'est-à-dire la corrélation étroite entre les conditions sociales des différents groupes démographiques et leur état de santé) et à l'inégalité distributive que les conditions sociales imposent à la santé. Il sera ensuite crucial de veiller à ce que les données probantes soient reflétées dans les recommandations concernant les politiques de santé publique (y compris celles liées à l'accès aux services de santé, qui représentent l'un des canaux de transmission des

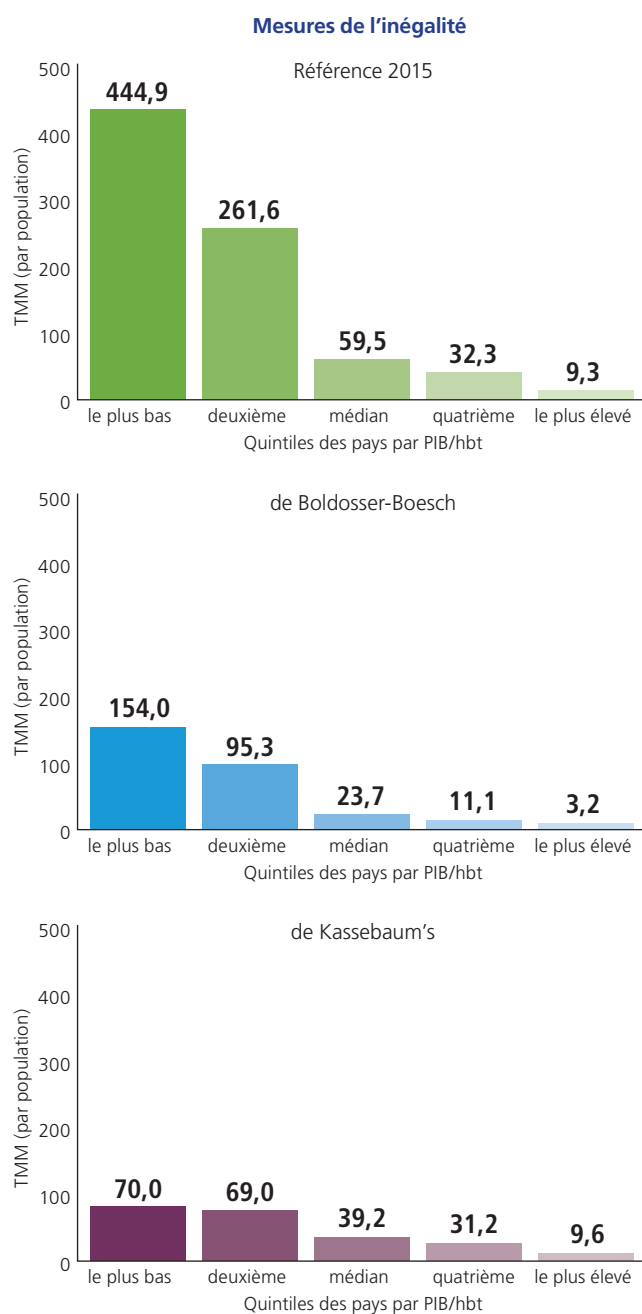
conditions socioéconomiques vers les conditions de santé) et les politiques sociales et économiques dans leur ensemble. D'autre part, garantir que la santé ne soit pas réservée à quelques privilégiés dans la Région implique également de faciliter la coopération technique pour générer un plaidoyer politique qui favorise l'équité sociale en matière de santé.

### Ne laisser personne de côté... Comment tenir notre promesse

Malgré son engagement indéniable et opportun vers l'équité, le *Programme de développement durable à l'horizon 2030* et ses objectifs de développement durable (ODD) n'établissent pas de cibles explicites ou d'indicateurs spécifiques pour la réduction des inégalités sociales en matière de santé, ni pour les progrès vers l'équité en matière de santé, si ce n'est la recommandation d'une plus grande disponibilité des données ventilées pour les variables qui produisent la stratification sociale. Le renforcement des capacités institutionnelles pour mesurer, analyser, surveiller et communiquer les inégalités sociales en matière de santé, pour orienter l'élaboration des politiques et pour susciter un plaidoyer politique visant à favoriser l'équité en matière de santé tout au long du parcours de vie est essentiel pour créer et renforcer la capacité nationale susceptible d'honorer la promesse de ne *laisser personne de côté* tout en avançant vers le développement durable à l'horizon 2030.

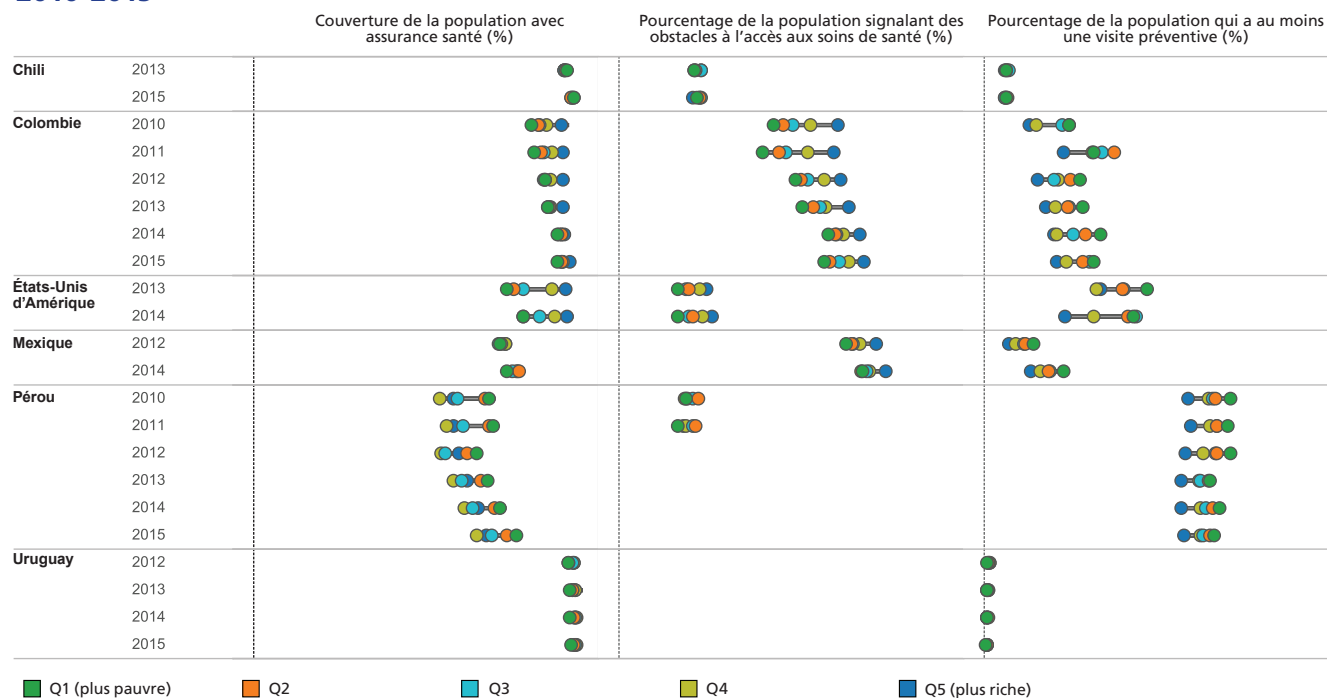
Un débat récent et toujours d'actualité sur l'établissement des cibles de la mortalité maternelle pour les ODD, publié dans une importante revue scientifique (126), offre un exemple probant de la nécessité d'une réflexion sérieuse sur la manière de rendre compte de l'impact sur l'équité (le cas échéant) du *Programme de développement durable à l'horizon 2030*. La cible 3.1 des ODD appelle à faire passer le taux mondial de mortalité maternelle au-dessous de 70 pour 100 000 naissances vivantes à l'horizon 2030. Bien que le processus pour incorporer cette cible au niveau national n'ait pas été défini, une proposition (Boldosser-Boesch et *alii.*) suggère que l'on change l'objectif mondial en un objectif national relatif et équivalent à une réduction de la mortalité maternelle de 2/3 entre 2015 et 2030. Une autre proposition (Kassebaum et *alii.*) propose que la cible mondiale soit modifiée en une cible nationale absolue similaire, c'est-à-dire en une réduction de la mortalité maternelle à moins de 70 pour 100 000 naissances vivantes à l'horizon 2030. La figure ci-dessous illustre l'impact distributif potentiel de la mortalité maternelle entre 2015 et 2030 pour le gradient social défini par les quintiles de revenu par habitant dans tous les pays du monde, sur la base de ces deux propositions (figure 5).

**Figure 5. Taux de mortalité maternelle dans les pays du monde par quintiles de revenu 2015 et 2030 selon deux types de cibles des ODD**



Cette analyse exploratoire et prospective constitue un avertissement de la plus haute importance pour la réussite du *Programme à l'horizon 2030* : seule une analyse systématique des inégalités sociales en matière de santé considérées comme injustes et évitables permettra d'identifier qui nous laissons de côté. Il faut pour cela renforcer les capacités

**Figure 6. Évolution de la distribution des revenus par quintile selon la couverture de la population, les visites préventives et les obstacles à l'accès dans certains pays sélectionnés, 2010-2015**



institutionnelles pour l'étude de l'équité distributive des gains en matière de santé (en termes d'accès et de résultats) dans des groupes démographiques socialement déterminés, et quantifier l'ampleur des inégalités sociales en matière de santé grâce à des mesures métriques normalisées au fil du temps et du parcours de vie. D'autre part, seule la surveillance des inégalités permettra de vérifier l'impact des politiques qui visent l'équité et les avancées pour atteindre la promesse de *ne laisser personne de côté*. Cette exigence de responsabilité sur les progrès réalisés vers l'équité en matière de santé a clairement été prévue en 2008 par la Commission de l'OMS sur les déterminants sociaux de la santé. Dans son rapport final, la troisième recommandation générale invoque le besoin de données probantes car, sans elles, l'appel à l'équité et à la justice sociale sera purement rhétorique.

### Systèmes et services de santé

Le principal objectif des systèmes de santé est d'améliorer la santé et le bien-être de la population au moyen d'une avance progressive vers la santé universelle. Le financement, la gouvernance et la planification efficace de la formation des ressources humaines sont des éléments essentiels pour assurer la capacité du système en matière de promotion, de prévention, de traitement, de réhabilitation et de soins palliatifs pour toute la population (1, 127).

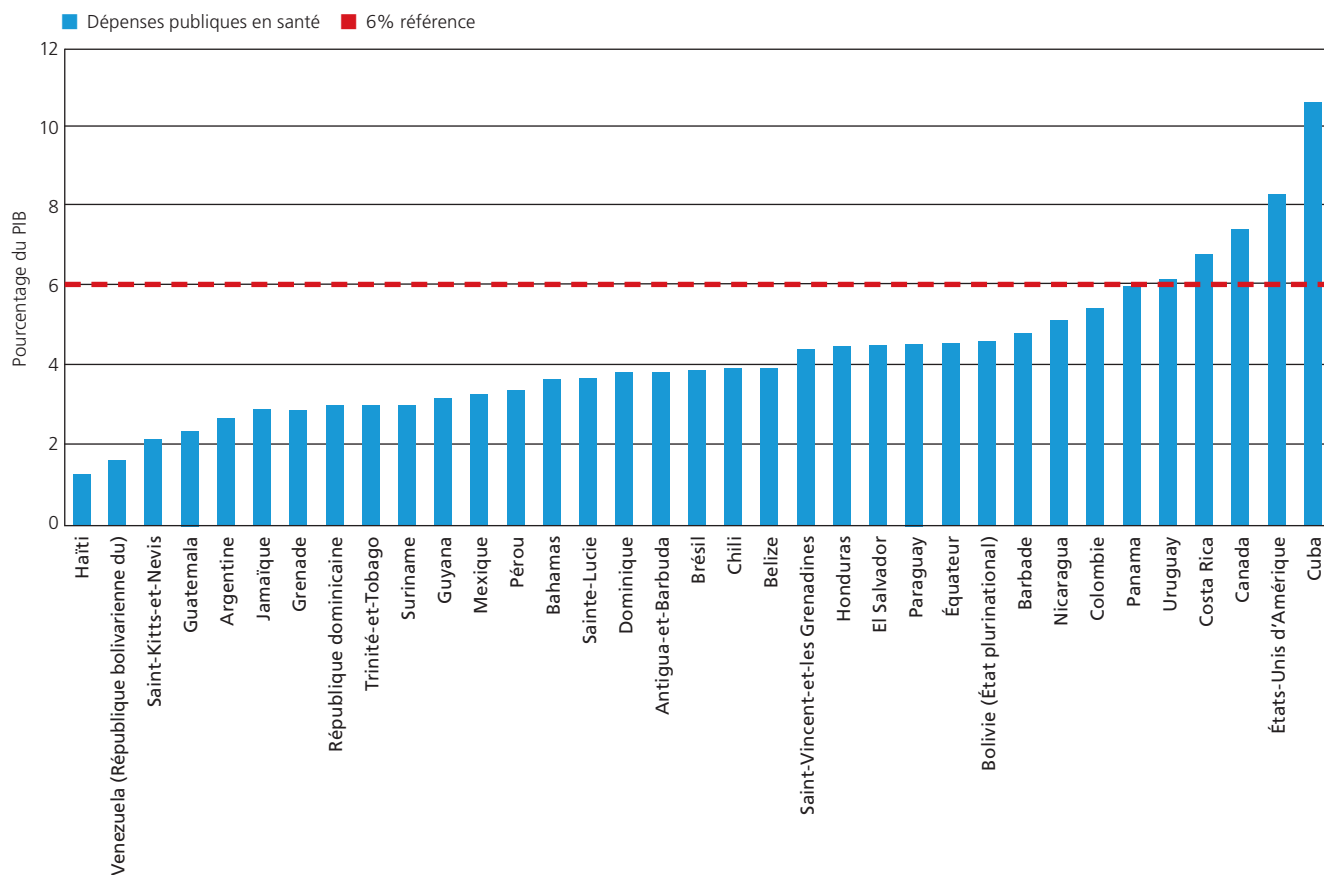
Cette section présente un résumé de plusieurs statistiques retenues sur la performance et l'impact des systèmes de santé au cours de la dernière décennie dans leur progression vers la santé universelle. Ces indicateurs reflètent les aspects de l'état de santé de la population qui peuvent être attribués aux services de santé. Ces indicateurs sont utilisés dans une perspective d'équité, tout en cherchant des liens explicites avec les déterminants sociaux de la santé.

L'analyse de la tendance se réalise au moyen d'exemples qui tiennent compte de trois dimensions : 1) accès universel et couverture universelle des services de santé, 2) financement de la santé, 3) activités des services de soins de santé.

### Accès universel et couverture universelle des services de santé

La surveillance de la santé universelle implique l'utilisation de métriques spécifiques des deux dimensions inhérentes à ce concept : accès et couverture. Les métriques qui ne visent que la description de la fourniture et de la prestation de services de santé ignorent les obstacles qui empêchent l'accès à certains segments de la population et, par conséquent, s'avèrent de peu d'utilité pour les responsables de l'élaboration des politiques chargés d'accroître l'accès (1, 128-130).

**Figure 7a. Dépenses publiques en santé comme pourcentage du PIB, 2014**



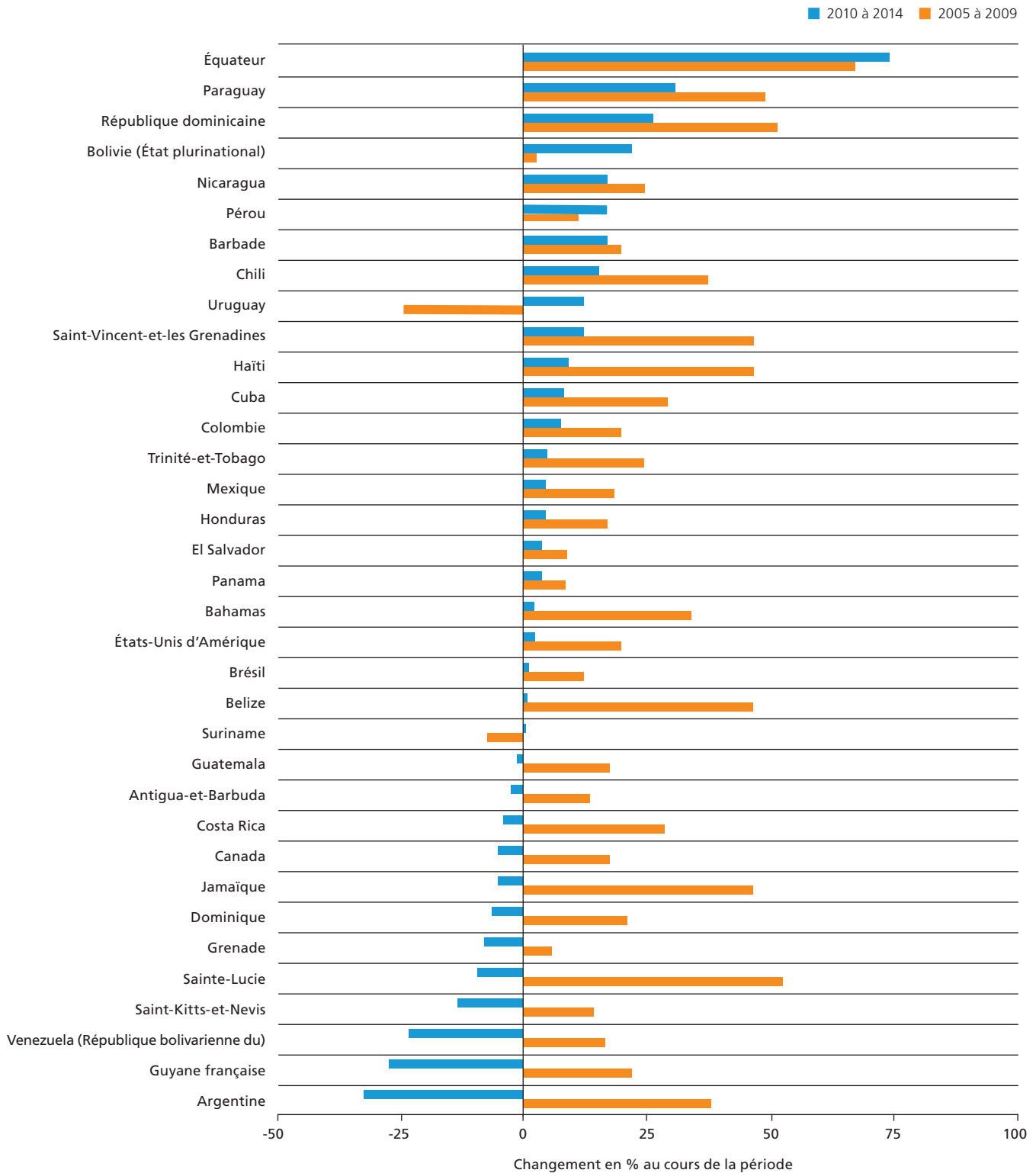
Dans six pays sélectionnés de la Région des Amériques, la **figure 6** montre la distribution par quintile selon la couverture de la population, les visites préventives et les obstacles à l'accès aux services de santé entre 2010 et 2015. La figure montre que ces pays ont fait des progrès tant en matière de couverture que sur le plan de l'accès, ce qui en général s'est accompagné de réductions dans les inégalités associées au revenu. Les résultats montrent également que les métriques de couverture et d'accès sont complémentaires, et que leur contrôle est nécessaire pour progresser vers l'obtention de l'équité en santé.

Entre 2013 et 2015, la couverture de la population a été élevée dans les pays étudiés, allant d'un maximum de 98 % au Chili jusqu'à un minimum de 73 % au Pérou. Cependant, la couverture est associée au revenu : aux États-Unis d'Amérique, les foyers les plus pauvres ont eu des pourcentages de couverture inférieurs de 14 points à la moyenne et, au Pérou, celle-ci était inférieure de 12 points à la moyenne. Les hauts niveaux de couverture de la population n'ont pas toujours été concurrents avec de hauts niveaux d'utilisation des visites ou

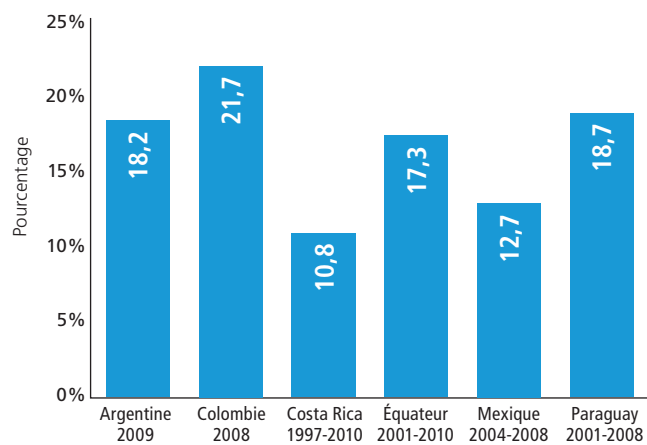
de bas niveaux des obstacles qui entravent l'accès aux services de santé.

Assurer l'accès aux visites préventives est une composante fondamentale de la santé universelle. En général, on s'attend à ce que les adultes effectuent au moins une visite préventive par année, dans le cadre du dépistage et du diagnostic précoce (12). La **figure 6** montre les tendances mondiales d'amélioration de l'accès aux services préventifs de santé, en particulier en Colombie et au Mexique, mais avec des écarts maintenus entre les familles qui se situent aux extrêmes de la distribution des revenus. Par rapport aux obstacles qui entravent l'accès aux services, le pourcentage de familles qui ont signalé en avoir souffert entre 2014 et 2015 a été très bas au Chili (2,3 %) et en Uruguay (<1 %), et élevé au Pérou (19,9 %). Cet indicateur montre également des caractéristiques manifestes d'inégalité associées aux revenus. D'un point de vue général, les inégalités ont cependant été réduites dans la majorité des pays sélectionnés pour tous les indicateurs, ce qui révèle des changements favorables vers l'équité.

Figure 7b. Pourcentage de changement des dépenses publiques en santé



**Figure 8. Hospitalisation pour des conditions propices aux soins ambulatoires dans certains pays sélectionnés, 2001-2009**



### Financement de la santé

Un des indicateurs les plus connus et informatifs pour évaluer la durabilité des changements dans les dépenses de santé est

la taille de ces dépenses par rapport à la taille de l'économie (PIB). Les pays de la Région se sont engagés à accroître les dépenses publiques consacrées à la santé jusqu'à au moins 6 % de leur PIB, comme moyen d'augmenter la protection financière dans le cadre de la santé universelle et de réduire les inégalités (127).

En 2014, les dépenses de santé totales dans la Région ont atteint en moyenne 7,4 % du PIB, mais avec des différences notables, car seuls le Canada, le Costa Rica, Cuba, les États-Unis d'Amérique et l'Uruguay ont dépassé le seuil de 6 % des dépenses publiques de santé comme pourcentage du PIB (figure 7). Vingt-trois pays ont augmenté leurs dépenses publiques entre 2010 et 2014. À l'exception de la Bolivie, l'Équateur, du Pérou, Suriname et de l'Uruguay, ces augmentations ont été inférieures à celles atteintes au cours des cinq années précédentes (2005-2009), et divers pays ont réduit leurs dépenses de 2 % à 36 % entre 2010 et 2014.

### Activités des services de santé

Le renforcement du premier niveau de soins est essentiel pour établir la santé universelle dans la Région. Un modèle de soins centrés sur les personnes et sur les communautés doit avoir



### ON PEUT TIRER LES CONCLUSIONS SUIVANTES CONCERNANT LA PRÉSENTE SECTION :

- Presque tous les pays de la Région, à l'exception des plus pauvres, ont obtenu une bonne couverture des interventions materno-infantiles au niveau agrégé. Cependant, des inégalités persistent qui sont associées à la situation socioéconomique et à d'autres déterminants sociaux de la santé, avec une forte incidence sur la santé et l'accès aux services.
- La Région a atteint des niveaux élevés d'assurance santé, qui ne se sont pas toujours traduits par des niveaux élevés d'utilisation des services préventifs, ou par la réduction des obstacles à l'accès. Le degré d'utilisation des services préventifs est souvent semblable au niveau d'inégalités persistantes entre riches et pauvres.
- La mortalité évitable associée aux services de santé a pu être réduite dans la majorité des pays entre 2010 et 2014, mais elle a également augmenté, en particulier dans les Caraïbes non hispanophones.
- En dépit des efforts et des avancées dans certains pays, la distribution du personnel de santé présente de grandes inégalités dans la Région. Certains pays doivent affronter non seulement le manque de personnel de santé, mais aussi une distribution qui n'est que faiblement corrélée avec le panorama épidémiologique et la répartition géodémographique du fardeau de morbidité.
- Les dépenses en santé varient considérablement entre les pays et le progrès régional est largement insuffisant.
- Le Canada, le Costa Rica, Cuba, les États-Unis d'Amérique et l'Uruguay sont les seuls pays consacrant plus de 6 % de leur PIB aux dépenses publiques en santé. Alors que vingt-trois pays de la Région ont augmenté leurs dépenses relatives au PIB entre 2010 et 2014, cet accroissement était inférieur à celui des cinq années précédentes, à l'exception de la Bolivie, l'Équateur, du Pérou, Suriname et de l'Uruguay.
- Les dépenses directes des personnes se maintiennent à un niveau élevé dans la majorité des pays de la Région. Dans plus de la moitié des pays, les paiements directs par les usagers ont diminué, alors que dans d'autres ils ont augmenté.

une capacité de prise en charge suffisante au premier niveau de soins pour fournir un service complet et coordonné, avec des équipes de santé pluridisciplinaires et la participation d'autres secteurs, y compris pour la prise en charge et le traitement des patients aux besoins plus complexes.

L'évaluation des conditions de santé sensibles aux soins ambulatoires permet de calibrer la capacité d'intervention du premier niveau de soins en termes d'hospitalisation inutile ; les admissions hospitalières pour des maladies comme l'asthme, le diabète ou l'hypertension peuvent être évitées ou minimisées avec de meilleurs programmes de promotion de la santé, des interventions préventives spécifiques et un accès adapté au premier niveau de soins. L'utilisation des hospitalisations pour des conditions de santé sensibles aux soins ambulatoires comme indicateur de l'activité des services de santé est une façon indirecte de mesurer le fonctionnement du premier niveau de soins. Cela peut aussi encourager les preneurs de décision responsables de l'organisation des services de santé à mettre sur pied des réseaux de services intégrés, améliorant ainsi l'efficacité des soins (131).

La **figure 8** montre les taux moyens d'admission hospitalière pour conditions de santé sensibles aux soins ambulatoires entre 2001 et 2009, dans six pays sélectionnés. Les taux d'hospitalisation ont varié entre 10,8 % pour le Costa Rica et 21,6 % pour la Colombie. Les résultats de cet indicateur doivent être interprétés en fonction des particularités nationales, car la demande d'hospitalisation est liée à la disponibilité des ressources, aux déficiences du système de santé et à la phase de transition épidémiologique dans laquelle se trouve chaque pays. Par conséquent, l'interprétation de cet indicateur doit inclure d'autres facteurs qui affectent la capacité d'intervention du système de santé. Un des objectifs du Plan stratégique de l'OPS pour la période 2014-2019 est de réduire d'au moins 10 % le pourcentage des hospitalisations pour les conditions de santé sensibles aux soins ambulatoires d'ici à 2019, raison pour laquelle il est important pour les pays de mesurer et de surveiller cet indicateur.

# PERSPECTIVES D'AVENIR POUR LA SANTÉ DANS LA RÉGION



Beaucoup plus que la capacité de formuler des pronostics sur le panorama sanitaire de la Région et ses tendances, le succès et l'efficacité de la gestion de la santé dépendent de la souplesse des systèmes de santé pour réagir aux pressions du contexte physique et social dans des circonstances incertaines et lorsque des facteurs imprévisibles sont la norme. La surveillance sanitaire et l'observation acquièrent de nouvelles dimensions face au vaste éventail des déterminants de la santé. Les domaines de l'intelligence en santé doivent être étendus au-delà du simple enregistrement de ce qui est arrivé ou de son explication. Il faut désormais anticiper les scénarios futurs, par le biais d'exercices de prédiction mais aussi de construction.

**P**arallèlement au vieillissement de la population, plus ou moins prévisible par le biais de modèles de changements démographiques, d'autres phénomènes comme les migrations, les troubles politiques nationaux et mondiaux, les crises économiques et les effets du changement climatique paraissent beaucoup plus susceptibles aux interventions du hasard ou semblent suivre des modèles de chaos et de complexité.

Cette section examine diverses thématiques qui vont avoir une importance fondamentale sur le programme de développement des prochaines décennies. Après une brève analyse de la portée et des implications du développement durable, qui plaide en faveur de la nécessité d'une présence de la santé dans toutes les politiques, le rôle de la communauté et de la société civile est souligné : sans leur participation et leur influence, tant à l'échelle nationale que locale, il est impossible de concevoir les changements nécessaires dans l'environnement et dans les politiques.

Une question cruciale est celle de l'approche du parcours de vie, qui représente un changement de paradigme pour la santé et dont les implications se font sentir dans l'exercice conséquent de la pratique clinique et épidémiologique, mais aussi dans l'organisation des services de santé et dans la formation des ressources humaines.

Cette section comprend également une analyse des défis que représentent, pour l'organisation des systèmes de la santé, les alliances avec d'autres secteurs au sein et en dehors des frontières nationales pour traiter les déterminants sociaux de la santé et promouvoir le développement équitable sous le principe du droit à la santé et dans le cadre de la stratégie de santé universelle.

Enfin, il faut reconnaître l'effet modulateur des technologies de l'information dans la société moderne, caractérisées par une correspondance toujours plus manifeste entre le développement social et économique dans son ensemble, et le développement des technologies en question.



## LA VOIE DU DÉVELOPPEMENT DURABLE

L'expression « **développement durable** » a été créée en 1987 par la Commission mondiale sur l'environnement et le développement. À l'origine, l'objectif était de désigner un type de développement « qui répond aux besoins des générations actuelles sans compromettre les capacités des générations futures de répondre aux leurs » (132). Par conséquent, l'aspect environnemental était inclus dans les composantes essentielles du développement. Dans son sens original, l'adjectif *durable* faisait surtout référence aux aspects environnementaux, qui étaient censés être au centre des besoins des futures générations, alors que le substantif *développement* se référait aux questions liées à la pauvreté et à la dimension économique, sur lesquelles sont centrés les problèmes des générations actuelles. Postérieurement, le concept implicite dans l'expression *développement durable* a acquis des connotations nouvelles et plus larges avec la reconnaissance des facteurs non environnementaux de la durabilité et les aspects non économiques du développement (133).

Le Principe 1 de la *Déclaration de Rio sur l'environnement et le développement*, signée en 1992, reconnaît que « Les êtres humains sont au centre des préoccupations relatives au développement durable », et qu'« ils ont droit à une vie saine et productive en harmonie avec la nature » (134). Le chapitre 6 d'Action 21, qui émane de la Conférence des Nations Unies sur l'environnement et le développement, souligne le besoin de protéger et de promouvoir la santé, avec un accent sur les soins de santé primaires, la lutte contre les maladies transmissibles, la protection des groupes vulnérables, la santé des populations urbaines et la réduction des risques pour la santé dus à la pollution et aux menaces écologiques.

Depuis lors, il y a une reconnaissance du lien indissoluble entre la santé et le développement durable, chacun de ces deux aspects étant aussi bien cause que conséquence de l'autre. Les objectifs du développement durable sont inaccessibles là où la prévalence de maladies associées à la pauvreté est élevée, et la santé de la population ne peut être préservée dans des contextes physiques et sociaux hostiles au développement. Si le développement se produit en conséquence de stratégies non durables, les conquêtes en matière de santé peuvent être mises en corrélation avec l'accroissement des conditions économiques à court terme, mais elles ne seront probablement pas durables à long terme.

Les facteurs sociaux comme l'instabilité politique, la violence, les conflits armés et les iniquités ont des effets néfastes sur la santé et le développement durable. De cette manière, la santé et le développement durable acquièrent une dimension éthique qui les relie à la santé universelle.

La santé de la population n'est plus un simple facteur causal ou un aspect aléatoire du développement économique : il devient une composante consubstantielle à celui-ci. Dans cette position centripète de la santé humaine, le but du développement est d'améliorer les conditions pour une pleine jouissance de la santé et du bien-être de la société, de manière équitable et non exclusive. Si la voie du développement ne mène pas à des améliorations soutenues en matière de santé, on ne saurait voir là un développement *durable*.

Le développement durable a trois dimensions : sociale, économique et environnementale. Ces trois dimensions doivent être intégrées de façon équilibrée, en tenant dûment compte des besoins du présent sans pour autant compromettre la capacité de répondre aux besoins du futur. Les trois dimensions se complètent réciproquement dans le concept de durabilité. Dans ce contexte, la santé représente, de droit, le point de convergence des trois dimensions pour le développement durable (135).

Le *Programme de développement durable à l'horizon 2030* est une étape critique de l'histoire de la santé publique, parce qu'il élève la santé en tant que force motrice d'une nouvelle qualité de vie et de bien-être. Il place le secteur de la santé bien au-delà de ses frontières traditionnelles : au centre du développement, de la politique et des processus politiques. Les défis de la santé requièrent des solutions complexes et, par conséquent, le secteur de la santé doit disposer d'un potentiel politique pour saisir les opportunités et produire des avantages réciproques dans différents secteurs. D'un autre côté, la coproduction et les avantages collatéraux de la santé doivent être partagés dans toute la société. Le *Programme à l'horizon 2030* établit un cadre dans lequel les bons résultats de la santé peuvent avoir des répercussions positives sur d'autres aspects du développement, qui bénéficieront réciproquement de la santé (136).

En dépit de l'interaction complexe des ODD, l'appel lancé par le *Programme à l'horizon 2030* est direct : afin d'instaurer un monde plus équitable pour les générations futures, les pays doivent déterminer quels sont leurs groupes les plus vulnérables, élaborer des stratégies novatrices pour atteindre ces populations et surveiller les progrès à accomplir. Cependant, la réalisation de ces objectifs ne doit pas être la responsabilité exclusive des gouvernements. Les buts et les objectifs ambitieux du *Programme à l'horizon 2030* doivent être présentés sous forme d'actions pratiques et faisables pour les personnes, les familles et les communautés. Ainsi, le développement durable deviendra une aspiration tangible.

## LE RÔLE DE LA SOCIÉTÉ CIVILE ET DE LA COMMUNAUTÉ DANS LES POLITIQUES PUBLIQUES DE SANTÉ

L'objectif 3 des ODD se propose de « permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge ». Ses neuf cibles spécifiques représentent une nouvelle étape importante en ce qui concerne les ODD liés à la santé, parce qu'elles apportent une vision holistique de la santé et de ses déterminants que les OMD n'ont pas réussi à saisir. L'amplitude et la complexité des objectifs, ainsi que les objectifs liés à la santé dans d'autres domaines du *Programme de développement durable à l'horizon 2030* (136), impliqueront des façons différentes de concevoir et d'exécuter les stratégies de santé publique, qui font appel à des acteurs au-delà du secteur de la santé. Une société civile active et dynamique est vitale pour matérialiser les transformations nécessaires.

Le *Programme à l'horizon 2030* affirme explicitement que ses objectifs sont d'« éliminer la pauvreté et la faim, sous toutes leurs formes et dans toutes leur dimensions, et faire en sorte que tous les êtres humains puissent réaliser leur potentiel dans des conditions de dignité et d'égalité et dans un environnement sain. » Il reconnaît en outre la nécessité de promouvoir des alliances entre les gouvernements, et avec le secteur privé et la société civile.

Au sens large, la société civile peut se définir comme toute la composante humaine en dehors de l'appareil formel de l'État. Dans ce texte, toutefois, le terme société civile est utilisé pour désigner des groupes non liés au gouvernement, dont le but est de promouvoir la santé et le bien-être de la population (137, 138).

Une **communauté** est un groupe spécifique de personnes qui vivent habituellement dans une zone géographique particulière et qui partagent les mêmes valeurs et coutumes, la même culture et une structure sociale qui est l'expression du type de relations consolidées par le groupe au fil du temps. Les membres d'une communauté acquièrent leur identité personnelle et sociale à partir des croyances, coutumes et valeurs partagées que la communauté a adoptées, même si elles peuvent changer à l'avenir. Les membres sont conscients de cette identité communautaire, ils ont des besoins communs et partagent un engagement plus ou moins explicite pour y répondre. La santé de la communauté est plus que la somme de la santé des personnes qui en font partie. La communauté est le contexte dans lequel le processus de santé et de bien-être est initié, et vers lequel convergent les

effets des déterminants de la santé, sociaux, physiques et environnementaux (139, 140).

Une société civile dynamique et engagée peut exercer une influence très positive sur la réponse de la population aux actions visant les déterminants sociaux de la santé et les iniquités en santé. Même si l'effet de l'action communautaire est limité par des politiques d'exclusion et, en général, par le manque de volonté politique des gouvernements, les organisations sociales peuvent mettre en marche des mouvements et des campagnes à grande échelle avec des effets même en dehors des frontières nationales (141). Il appartient aux gouvernements de réserver et de garantir un espace aux communautés et à la société civile lors de la formulation et de la mise en œuvre des politiques publiques. De leur côté, la société civile et les communautés doivent participer aux mécanismes de prise de décisions de manière responsable, dans le cadre de processus transparents et exempts de conflits d'intérêts. L'OPS devra exhorter les gouvernements à promouvoir des espaces de participation, à fournir une collaboration technique et à s'assurer que les politiques qui résultent de l'interaction avec le secteur non étatique restent à l'abri de l'influence et des intérêts du secteur privé (141, 142).

Il est important de reconnaître l'importance locale des problèmes de santé. Cette reconnaissance a de grandes implications pratiques pour les programmes et les interventions, parce que le contexte est un modificateur des effets : les solutions efficaces par rapport au coût dans un scénario donné pourraient ne pas l'être dans d'autres. De la même manière, il est important d'augmenter et de capitaliser les capacités qui existent dans les communautés. La construction d'alliances avec les organismes gouvernementaux, les prestataires de santé et les organisations de base communautaire (entre autres entités intervenantes qui s'intéressent à la santé), s'avèrera essentielle pour relever les différents défis concernant les besoins de santé des communautés. L'évaluation de l'impact des interventions est également très importante.

Les programmes communautaires qui sont basés sur des interventions multiples se sont avérés de plus en plus efficaces pour obtenir des changements dans les comportements à risque et le style de vie à l'échelle de la population. L'accent mis sur cette approche a été plus prononcé au cours des dernières décennies à cause d'un changement de paradigme, qui était auparavant centré sur la recherche presque frénétique de facteurs de risque individuels et qui inclut désormais les effets socio-environnementaux. Il est en effet

reconnu que les styles de vie et les comportements ne sont pas les résultats du libre choix individuel, mais qu'ils sont en grande partie déterminés par le contexte physique et social qui influe sur les relations interpersonnelles, la communauté et les macrosphères politiques.

En dépit de l'accent sur la promotion de la santé communautaire, beaucoup de recherche reste à faire sur les facteurs déterminants et la dynamique des changements à l'échelle de la population. La promotion de la santé au niveau communautaire est un cadre conceptuel qui privilégie la prévention primaire dans une perspective de population. Les programmes de prévention de base communautaire sont intégrés et globaux, ils ne se limitent pas aux hôpitaux ou autres centres de prestation de services. Ils impliquent les leaders communautaires, les réseaux sociaux, les campagnes de communication de masse et l'éducation directe de la population. En outre, ils sont axés sur l'utilisation de stratégies visant à promouvoir des changements dans l'environnement et les politiques.

## LA CONSTRUCTION DE LA SANTÉ DANS LE PARCOURS DE VIE

L'approche du parcours de vie est un nouveau paradigme de causalité pour la santé et le développement, de même qu'un nouveau modèle pour l'organisation des services de santé. Le réseau causal de la santé et du développement n'est pas confiné à d'étroits intervalles de temps : il s'étend tout au long du parcours de vie, avec des implications intergénérationnelles (143). Les systèmes de santé doivent s'adapter à cette réalité et concevoir un modèle de soins proactif et continu.

Diverses disciplines médicales, de l'épidémiologie jusqu'aux sciences médicales de base, ont contribué à une meilleure compréhension de la santé et des événements de santé durant le parcours de vie. La santé de l'adulte ne s'interprète plus comme le résultat d'influences individuelles qui se produisent à intervalles de temps bien définis, mais plutôt comme le résultat d'un réseau complexe de facteurs réciproquement associés, dont l'influence commence dans la vie prénatale et a des effets intergénérationnels (60, 144).

Les déterminants environnementaux et sociaux jouent un rôle décisif dans ce réseau causal, que ce soit en tant que variables exogènes ou modificateurs d'effets, ou les deux. Dans les modèles basés sur l'accumulation des effets comme sur les périodes critiques, ces déterminants ont un énorme impact sur la santé et sur les iniquités en santé (51).

Le paradigme causal du parcours de vie a de profondes conséquences sur l'organisation et la prestation de services. Les systèmes de santé doivent cesser d'être des structures qui répondent à des demandes épisodiques de soins, ou qui opèrent à partir de programmes verticaux ; ils doivent se transformer en systèmes proactifs qui contribuent à l'engagement social visant à construire la santé et le bien-être (51). Ces horizons de causalité élargis doivent influencer sur la formation et la répartition des ressources humaines et sur leur distribution dans les services de santé (51).

Dans un proche avenir, la santé publique, l'organisation des services et la pratique clinique seront également conditionnées par le besoin de traiter des patients qui jouiront d'une espérance de vie plus longue, avec néanmoins des maladies chroniques au cours de nombreuses années, accompagnées de limitations croissantes et de la nécessité de recevoir des soins de santé pour des périodes prolongées. Cependant, en dépit de leurs conditions, ces patients peuvent jouir d'un certain bien-être et se sentir en bonne santé (145).

L'évolution est en marche : la personne cesse d'être un « objet des interventions de santé » et se transforme de plus en plus en un sujet participant activement à la construction de sa santé et au traitement de ses maladies (60, 145). Malgré des inégalités profondes, les personnes ont tendance à être plus (sans que ce soit nécessairement mieux) informées, à prendre des décisions autonomes chaque fois de plus en plus tôt et avec une fréquence accrue, sans la participation des services de santé. La santé publique contemporaine ne peut ignorer la participation des personnes et d'autres acteurs à la promotion de la santé (60). Déterminer les stratégies qui permettent de prendre en compte les influences bidirectionnelles entre ces nouveaux acteurs et les professionnels de la santé constituera un défi de taille au cours de la prochaine décennie.

L'approche du parcours de vie étant un processus dynamique et un aspect intégral des systèmes de soins de santé, nos systèmes d'information actuels devront être repensés et renforcés au moyen d'amélioration en termes de couverture, de qualité des données et de capacité analytique afin de générer des indicateurs valables et de mesurer les progrès. L'évaluation de l'impact du modèle du parcours de vie devra se fonder sur des sources d'information fiables provenant de divers secteurs (éducation, transports, environnement, finances, emploi et système juridique, entre autres), sans exclure les composantes du secteur privé. Les systèmes d'information devront se réorienter vers la collecte et l'enregistrement de données servant de base aux indicateurs de bien-être, de niveaux de fonctionnement, de qualité de vie et de facteurs environnementaux, tout en

tenant compte de l'interopérabilité avec les ensembles de données d'autres secteurs. Il appartiendra aux organismes régionaux et aux gouvernements des pays de plaider pour l'adoption de l'approche du parcours de vie et d'arriver à une compréhension plus large de la santé de la population et de la prestation des services de santé.

## TRANSFORMATION DES SYSTÈMES DE SANTÉ POUR PARVENIR À LA SANTÉ UNIVERSELLE

Le manque d'efficacité et d'équité des systèmes de santé a été responsable dans une large mesure de la lenteur des progrès de certains pays dans la réalisation des OMD. Aujourd'hui encore, des obstacles restent à surmonter pour atteindre les objectifs des ODD. Certains systèmes de santé ont été incapables d'affronter les nombreux défis de la santé contemporaine et ses déterminants dans la Région, en particulier ceux liés à la transition démographique et épidémiologique depuis des décennies et ceux résultant des catastrophes, des épidémies, des conflits internes, du changement climatique, de la corruption, des sources de financement limitées, de la fragmentation des services et d'une multitude d'autres facteurs associés au contexte physique et social.

La stratégie pour l'accès à la santé universelle met en évidence la nécessité de transformer les systèmes de santé sur la base des valeurs du droit à la santé, la solidarité et l'équité. Dans cette perspective, les systèmes de santé constituent une composante clé des systèmes de protection sociale. La santé ne peut se concevoir sans tenir compte de ses déterminants sociaux, des besoins spéciaux des populations vulnérables et de la perspective à long terme tout au long du parcours de vie. Une vision plus globale de la santé universelle implique d'aller au-delà de la simple couverture du financement, ainsi qu'une transformation intégrale des arrangements institutionnels qui régissent les ressources essentielles du système de santé et le modèle de soins. Dans ce cadre, l'équité d'accès à un modèle de soins centré sur les personnes et les communautés représente une dimension centrale de la formulation des politiques de santé et la voie à suivre pour atteindre la santé universelle (27, 146).

Il est indispensable de forger des consensus sur la signification de l'accès universel et de la couverture de santé universelle avec la participation de la communauté et de la société civile, en partenariat avec tous les gouvernements et avec l'engagement de tous les secteurs. La nécessité d'intégrer une action collective sous le leadership des autorités sanitaires révèle que les processus de transformation ont un caractère éminemment politique. La nature des acteurs impliqués

dans la formulation et la mise en œuvre des processus de transformation définit les capacités politiques et techniques nécessaires pour garantir la voie vers la santé universelle.

La résolution des principaux problèmes de santé et ses déterminants sociaux et environnementaux exige des transformations profondes des modèles de santé actuels visant à renforcer la gouvernance et la gérance du secteur, ainsi que des systèmes de réglementation plus actifs et efficaces, des mécanismes de financement plus transparents et basés sur les principes et les valeurs de l'équité en santé, et une meilleure distribution des ressources humaines, en correspondance avec les systèmes de santé centrés sur les personnes et les communautés (147).

Dans les pays de la Région, il est possible de reconnaître différentes dynamiques de transformation en termes de : 1) coordination des actions collectives résultant de divers processus politiques, 2) problèmes considérés stratégiques dans la formulation des réformes mises en œuvre et 3) réformes et modernisations institutionnelles qui permettront de structurer les processus de changement.

Les processus de transformation qui ont identifié comme problème central les obstacles qui entravent l'accès équitable à un modèle centré sur les personnes et les communautés se sont basés sur une action collective intégrée par les autorités sanitaires, les mouvements sociaux et les groupes professionnels. Les innovations du modèle de soins, l'adaptation des ressources humaines et l'approche intersectorielle sont des axes structurants du processus de changement. Cependant, ces réformes font face à deux défis persistants : la nécessité d'augmenter le financement public et la segmentation des systèmes de santé.

Une autre approche du processus de transformation pose comme problème central celui de la couverture financière. Dans cette approche, les fournisseurs et assureurs privés sont invités à participer en tant qu'interlocuteurs dans le domaine public. Les autorités sanitaires sont présentes dans ce type de réformes par le biais d'agences de réglementation et par le contrôle des bailleurs et des fournisseurs. Les transformations institutionnelles les plus importantes de ce type de réformes sont des innovations dans les mécanismes d'assurance de la population, alors que leurs principaux inconvénients résident dans la faible amélioration de l'équité d'accès aux services de santé et dans les changements du modèle de soins.

Tout en tenant compte de la trajectoire de chaque pays, il est nécessaire d'approfondir les changements avec un programme qui inclut en même temps des améliorations de l'équité

d'accès et de la couverture au moyen d'un élargissement de l'action collective, avec des transformations institutionnelles de la gouvernance des services de santé, des ressources humaines, du financement, de la technologie de la santé et des médicaments.

## LA SANTÉ PUBLIQUE DANS LA SOCIÉTÉ DE L'INFORMATION

Toutes les sphères de la vie moderne (économique, politique, sociale, culturelle) portent la marque de la société de l'information. Le niveau faible ou élevé d'informatisation de la société est un traceur suffisamment fiable du développement d'un pays. Le développement durable semble être un horizon plus proche dans la société de l'information, qui a ouvert de nouveaux espaces de rencontre pour les relations entre les personnes, les institutions et les nations.

L'information est, d'un côté, une ressource économique, parce qu'elle permet d'accroître l'efficacité et stimule la créativité et l'innovation à tous les niveaux d'organisation de la société et, d'un autre côté, une voie pour l'exercice du droit et pour l'exécution des responsabilités civiles. Sa transcendance est d'une telle étendue qu'elle a donné lieu à un nouveau secteur au sein des structures d'organisation de la société : le secteur de l'information et de la gestion des connaissances. Les fonctions de la santé publique ne changent pas, mais l'informatisation de notre société change la manière dont ces fonctions sont exercées. Alors que l'exercice de la santé publique dans la société de l'information s'oriente vers le développement durable, cinq principes directeurs doivent être respectés : 1) science ouverte, 2) données ouvertes, 3) données non structurées, 4) compétences renouvelées et 5) cybergouvernement.

Appliqué au domaine de la santé publique, le principe de la **science ouverte** présuppose l'accès complet et gratuit à l'information et aux connaissances scientifiques et techniques, ainsi que le perfectionnement professionnel du personnel sanitaire et des responsables de la formulation et de la mise en œuvre des politiques, ce qui permet l'exercice d'une santé publique basée sur des données probantes. La science ouverte implique également un encouragement permanent de la recherche et de la gestion efficace pour que les résultats atteignent le public dans les meilleurs délais et permettent d'améliorer les politiques publiques (148, 149).

Dans la société informatisée, le concept de l'équité en santé peut être progressivement étendu pour que tous les pays aient accès à des données valides, fiables et sûres, ainsi qu'à

des données probantes concernant le droit à l'éducation et le droit de recevoir des informations sur des sujets liés à la santé. Cet accès libre à l'information contribue, notamment, à l'amélioration des aptitudes analytiques, de la qualité des systèmes de surveillance sanitaire et de la capacité de réponse des systèmes de santé face aux menaces prévisibles ou éventuelles à l'encontre du contexte physique et social.

Les politiques de **données ouvertes** permettront de mettre en œuvre ou d'améliorer les contrôles de qualité dans les processus de collecte, de stockage et de sécurité des données (structurées et non structurées), tout en assurant la confidentialité et le respect de la vie privée des personnes par l'application de critères internationaux sur les conditions d'accès et l'instauration de stratégies de gouvernance (150, 151).

Les **données non structurées** sont celles qui émergent de sources d'information non formelles, comme l'échange d'informations spécialisées ou non sur les réseaux sociaux ou ailleurs sur Internet. Ces données, dûment filtrées, peuvent fournir des pistes précieuses en complément des systèmes formels d'information en santé (152-154).

Pour la mise en œuvre des systèmes de surveillance épidémiologique, la combinaison de données structurées et non structurées, gérées de manière rationnelle, hautement confidentielle et suivant des principes techniques et éthiques, peut constituer la base d'une stratégie de données ouvertes pour la recherche et la gestion en santé. La saisie et la gestion des données non structurées doivent être assujetties à des modèles et à des normes rentables et sensibles aux réalités locales. Les mesures prises pour garantir la sécurité des données, y compris la décision d'utiliser l'information et son objectif, doivent être complètement transparentes (154).

Un des plus gros défis pour les systèmes de santé relativement à la collecte, au traitement, à l'analyse et à la divulgation de l'information est la faible capacité analytique et la compétence insuffisante du personnel chargé de ces tâches, en particulier sur les sites éloignés des centres où l'information est saisie et consolidée. Ces défis se manifestent avec une urgence particulière dans notre Région. La société de l'information exige une mise à jour constante des aptitudes et des compétences professionnelles (155). Les agents de santé doivent se spécialiser de plus en plus dans la gestion des données structurées et non structurées, dans l'utilisation des technologies de l'information et des communications (TIC), ainsi que dans l'application des ressources et méthodologies pour la gestion de l'information et l'échange des

connaissances dans des milieux multilingues et multiculturels. Cette réalité confère une validité particulière à la ligne stratégique des **compétences renouvelées**.

Dans l'exercice moderne des fonctions de la santé publique, les TIC ne sont plus de simples ressources instrumentales ; elles constituent une composante essentielle dans la formulation de politiques, y compris les stratégies de communication sociale, et servent à alerter la population au sujet des risques, de la surveillance épidémiologique, de la réponse en cas d'urgence et de catastrophe, des processus de planification et d'innovation et de l'établissement de priorités en matière d'investissements.

Le **cybergouvernement** est le terme utilisé pour désigner une approche qui repose sur les TIC et qui entend rendre tous les processus de gestion, y compris celui de la santé,

plus efficaces et transparents. La mise en œuvre de stratégies de santé publique dans le cadre d'un cybergouvernement électronique permet d'innover, de promouvoir la transparence et de réaliser des progrès dans le domaine de la responsabilité au sein de l'administration publique et dans le cadre des processus démocratiques. Le cybergouvernement permet également d'améliorer l'efficacité, de même que les relations et les communications avec les citoyens (156).

La société de l'information n'est pas une option mais plutôt un produit du développement auquel toutes les sphères de la gouvernance, y compris la gouvernance en santé, doivent s'adapter. La santé publique doit au plus vite assimiler les principes établis par la société de l'information afin de renforcer les efforts collectifs des États Membres pour progresser dans la réalisation des objectifs du développement durable.



# CONCLUSIONS

Les cinq dernières années qui ont suivi la publication de *La santé dans les Amériques 2012* ont vu de nombreux progrès dans le panorama de la santé régionale. L'objectif des systèmes de santé a été d'améliorer la santé et le bien-être de la population par le biais d'avancées progressives sur la voie de la santé universelle dans la Région. Les progrès successifs exigeront un accroissement des efforts de planification, de financement et de formation des ressources humaines, ainsi que le renforcement du leadership et de la gouvernance sectorielle et intersectorielle. De nombreux pays ont réduit leur taux de pauvreté extrême et ont amélioré divers indicateurs sanitaires dans des domaines sensibles comme la mortalité infantile, la mortalité maternelle, la santé génésique, les maladies transmissibles et la malnutrition. Cependant, de nouveaux défis se sont présentés alors que d'autres déjà présents, tels que la violence, les accidents, les maladies non transmissibles, se sont aggravés et marqueront l'orientation des politiques de santé au cours des prochaines années.

La reconnaissance du fait que la santé est un droit humain fondamental et non pas un simple droit à des prestations sociales, et qu'elle doit en outre être présente dans toutes les politiques pour des raisons éthiques, parce qu'elle représente un droit et à cause des impératifs pratiques du développement, impose aux gouvernements et aux systèmes de santé des responsabilités qui vont bien au-delà de l'amélioration des indicateurs de santé et de l'extension de la couverture. La première grande responsabilité découle du concept d'équité en santé. En concentrant l'attention sur toutes les inégalités injustes, inutiles et évitables, on ajoute une notion distributive à l'évaluation des résultats du système sanitaire, ce qui était pratiquement ignoré il y a quatre ou cinq décennies en arrière.

Le besoin de mesurer et surveiller deux dimensions (les moyennes et la distribution) impose de nouvelles exigences aux systèmes d'information, sur lesquels on doit s'appuyer

pour garantir la pertinence et l'opportunité du matériel ainsi élaboré. Les systèmes d'information doivent aussi garantir des flux de collecte de données adéquats et disposer de la capacité d'interpréter et de communiquer les résultats en fonction d'un répertoire d'actions réalisables et prévisibles. En particulier, la mesure des iniquités exige un choix d'indicateurs de santé appropriés, des critères de stratification adéquats et une métrique pertinente.

Au nombre d'autres défis, les systèmes de santé doivent faire face à des problèmes associés aux changements démographiques et à d'autres problèmes dont l'origine est extérieure au domaine d'action immédiat du secteur de la santé. Le vieillissement est déjà un facteur clé pour la santé publique et le sera de plus en plus au cours des prochaines décennies. La moyenne d'âge augmente, la proportion de personnes appartenant aux niveaux d'âge plus avancé ne cesse de croître et la multimorbidité est



en hausse, accompagnée des maladies chroniques, de la détérioration des fonctions sensorielles et cognitives et de la fragilité généralisée.

La pratique clinique, l'administration de la santé et l'organisation des services devront évoluer et être remodelés pour traiter des patients dont l'espérance de vie est élevée et souffrant d'affections chroniques multiples, et qui jouent un rôle de plus en plus important dans l'autotraitement. Au niveau de la population, il sera nécessaire de s'orienter vers l'organisation de communautés partiellement autogérées qui devront catalyser le progrès en direction de la santé universelle. Il sera indispensable, en outre, d'assimiler et d'opérer une transition vers des politiques cohérentes avec le paradigme de causalité du parcours de vie. La construction de la santé doit être accueillie comme la nouvelle mission des systèmes de santé, avec une portée qui dépasse la prévention et la promotion, et même les soins. Cette transition ne saurait se réaliser sans le concours d'autres secteurs et sans la participation active de tous les jeunes et adultes comme sujets de santé, ni le soutien de la communauté qui constitue l'environnement dans lequel ils évoluent.

Seuls certains pays de la Région ont atteint les taux minimaux de dépenses publiques établis par rapport au PIB. En plus de combler cet écart insatisfaisant et en suspens, les systèmes doivent adopter des formes plus efficaces de financement et réduire leur fragmentation et segmentation. Il n'existe pas de solution unique : les réponses sont fonction du contexte. Même si les stratégies sont discutables, deux principes semblent échapper à toute controverse : l'élimination du paiement direct des services et l'utilisation de formules de prépaiement qui facilitent le transfert de fonds des personnes ayant un niveau de solvabilité élevé aux personnes dont le niveau de solvabilité est moins élevé, et des personnes ayant moins de besoins à celles ayant plus de besoins.

Le contexte physique et social est également chargé de risques et de menaces, certaines d'entre elles prévisibles et d'autres potentielles, qui obligent les systèmes de santé à adopter une organisation souple qui leur permette d'assumer leurs fonctions de santé publique tout en mettant sur pied des dispositifs spéciaux pour affronter efficacement et rapidement les situations d'urgence.

La violence sous toutes ses formes et l'instabilité politique des pays en raison de la détérioration des institutions démocratiques sont des facteurs endogènes qui ont des effets directs ou indirects sur la santé et le bien-être humains.

Le changement climatique et les migrations forcées ou désordonnées sont des facteurs exogènes dont les influences négatives se font sentir dans la sphère sociale toute entière, avec des conséquences profondes et durables pour la santé.

Parce que la santé est le bien le plus précieux de l'être humain, les systèmes de santé ont un rôle important à jouer, en étroite collaboration avec d'autres secteurs et le reste de la société, dans la trame de tous ces défis endogènes et exogènes.

La durabilité est un concept-clé pour tous ceux dont le regard est tourné vers la santé et l'avenir. Même s'il reste encore beaucoup à faire dans la compréhension des déterminants de la santé et des procédures pour en assurer le suivi, il est possible d'identifier certains éléments importants : la permanence des prestations de santé reçues par le biais d'interventions locales, de programmes ou de politiques, le niveau d'institutionnalisation des programmes et le degré d'autonomisation de la communauté. Dans une société de plus en plus informatisée et avec un futur lié au développement des technologies de l'information et des communications, l'application de ces dernières dans la mise en œuvre de stratégies de santé publique sera essentielle pour progresser vers la santé universelle et le développement durable.

Le *Programme de développement durable à l'horizon 2030* constitue un jalon essentiel dans l'histoire de la santé publique parce qu'il place la santé et le bien-être à un endroit crucial, qui élargit les frontières du secteur et donne un rôle essentiel à jouer à la santé dans le cadre des politiques et des processus politiques. Les stratégies pour affronter les défis sanitaires qui se posent doivent bénéficier à tous les secteurs de la société. La vaste portée du *Programme à l'horizon 2030* permettra aux effets des réalisations en santé de se faire sentir dans toutes les facettes du développement et, réciproquement, au développement d'avoir des effets positifs sur la santé. En dépit de la complexité que pose le développement durable, l'appel que lance le *Programme à l'horizon 2030* est clair : les actions transcendent les frontières et les pays doivent identifier les secteurs les plus vulnérables (bien qu'ils ne soient pas toujours identifiables par de simples critères de stratification), élaborer des stratégies novatrices à l'avantage de ces secteurs et assurer le suivi des avancées vers la réalisation des objectifs de développement.

Le *Programme à l'horizon 2030* appelle les individus, les familles et les communautés à prendre des actions pratiques pour atteindre des cibles tangibles et objectives. Il représente le meilleur moyen de transformer en réalité les aspirations du programme de développement durable.

# RÉFÉRENCES

1. Organisation panaméricaine de la Santé/Organisation mondiale de la Santé. *Stratégie pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle*. 53<sup>e</sup> Conseil directeur de l'OPS, 66<sup>e</sup> session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 29 septembre au 3 octobre ; Washington, DC, États-Unis. Washington, DC, OPS, 2014 (document CD53/5, Rev. 2). Disponible sur : [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=27311&Itemid=270&lang=fr](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=27311&Itemid=270&lang=fr)
2. Organisation mondiale de la Santé. *Rapport sur la santé dans le monde 2010. Le financement des systèmes de santé : le chemin vers une couverture universelle*. Genève, OMS, 2010. [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44372/1/9789242564020\\_fre.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44372/1/9789242564020_fre.pdf)
3. Organisation mondiale de la Santé. Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme. Fiche d'information n° 31. Le droit à la santé. Genève, OMS, 2008. Disponible sur : [http://www.ohchr.org/Documents/Publications/Factsheet31\\_fr.pdf](http://www.ohchr.org/Documents/Publications/Factsheet31_fr.pdf)
4. Organisation mondiale de la Santé. Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé. New York, 22 juillet 1946. Disponible sur : <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/FR/constitution-fr.pdf?ua=1>
5. Organisation mondiale de la Santé. Déclaration universelle des droits de l'homme. Adoptée par la troisième Assemblée générale des Nations Unies le 10 décembre 1948 à Paris. Disponible sur : <http://www.un.org/fr/universal-declaration-human-rights/index.html>
6. Organisation des Nations Unies. Pacte international des droits économiques, sociaux et culturels. Assemblée générale des Nations Unies, 16 décembre 1966. Disponible sur : <http://www.ohchr.org/FR/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>
7. Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme. Le droit de toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale susceptible d'être atteint. Résolution 2002/31. Genève, OHCHR, 2002. Disponible sur : [http://ap.ohchr.org/documents/F/CHR/resolutions/E-CN\\_4-RES-2002-31.doc](http://ap.ohchr.org/documents/F/CHR/resolutions/E-CN_4-RES-2002-31.doc)
8. Tulane University, UNICEF. *Health Equity Report 2016. Analysis of reproductive, maternal, newborn, child and adolescent health inequities in Latin America and the Caribbean to inform policymaking*. Panama, UNICEF, 2016. Disponible en anglais sur : [https://www.unicef.org/lac/20161207\\_LACRO\\_APR\\_Informe\\_sobre\\_equidad\\_en\\_salud\\_EN\\_LR.pdf](https://www.unicef.org/lac/20161207_LACRO_APR_Informe_sobre_equidad_en_salud_EN_LR.pdf)
9. Yamin AE, Frisancho A. Human-rights-based approaches to health in Latin America: universal health coverage in Latin America. *Lancet*, 2015, 385(9975),e26-e29.
10. Organisation panaméricaine de la Santé. Le renouvellement des soins de santé primaires dans les Amériques : Rapport sur la position de l'Organisation panaméricaine de la Santé/Organisation mondiale de la Santé. Washington, DC, OPS, 2007. Disponible sur : <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Renouvellement-soins-sante-primaires-Ameriques.pdf>
11. Organisation panaméricaine de la Santé/Organisation mondiale de la Santé. Estrategia para la cobertura universal de salud. 154<sup>e</sup> session du Comité exécutif de l'OPS. Washington (DC), OPS, 2014. (résolution CE154/R17). Disponible en anglais sur : <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/166709/1/CE154-R17-e.pdf>
12. Dmytraczenko T, Almeida G, eds. *Toward universal health coverage and equity in Latin America and the Caribbean: evidence from selected countries*. Directions in Development. Washington (DC), Banque mondiale/OPS, 2015. Disponible en anglais sur : [http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/7661/9781464804557\\_ENG.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/7661/9781464804557_ENG.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
13. Saksena P, Xu K, Evans DB. *Impact of out-of-pocket payments for treatment of non-communicable diseases in developing countries: a review of literature*. Discussion paper n°. 2. OMS, Genève, 2011. Disponible en anglais sur : [http://www.who.int/health\\_financing/documents/dp\\_e\\_11\\_02-ncd\\_finburden.pdf?ua=1](http://www.who.int/health_financing/documents/dp_e_11_02-ncd_finburden.pdf?ua=1)
14. Organisation panaméricaine de la Santé. Medición de metas regionales en el Observatorio Regional de Recursos Humanos en Salud [Internet]. Washington (DC), OPS, 2016. Disponible en espagnol sur : <http://www.observatoriorh.org/?q=node/242>
15. Organisation panaméricaine de la Santé. Segunda Medición de Metas Regionales en Recursos Humanos. Washington (DC), OPS, 2013. Disponible en espagnol sur : <http://www.observatoriorh.org/?q=node/464>
16. Organisation mondiale de la Santé. Données de l'Observatoire de la santé mondiale [Internet]. Disponible sur : <http://www.who.int/gho/database/fr/>
17. Organisation de Coopération et de Développement Économiques. Données OCDE [Internet]. Disponible sur : <https://data.oecd.org/fr/accueil/>

18. Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional pour l'Europe. Interim second report on social determinants of health and the health divide in the WHO European Region. 61<sup>e</sup> session du Comité régional de l'OMS pour l'Europe, Bakou, Azerbaïdjan, du 12 au 15 septembre 2011 (EUR/RC61/Inf. Doc./5). Disponible en anglais sur : [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0010/148375/id5E\\_2ndRepSocialDet-jh.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/148375/id5E_2ndRepSocialDet-jh.pdf?ua=1)
19. Organisation mondiale de la Santé. *From MDGs to SDGs: A new era for global public health 2016-2030*. Genève, OMS, 2015. Disponible en anglais sur : [http://www.who.int/about/finances-accountability/funding/financing-dialogue/MDGstoSDGs\\_Summary.pdf?ua=1](http://www.who.int/about/finances-accountability/funding/financing-dialogue/MDGstoSDGs_Summary.pdf?ua=1).
20. Programme des Nations Unies pour le développement. Objectif 1 : pas de pauvreté [Internet], 2016. Disponible sur : <http://www.undp.org/content/undp/fr/home/sustainable-development-goals/goal-1-no-poverty.html>
21. Organisation panaméricaine de la Santé. *Trends and achievements in promoting health in the Americas: developments from 2003-2011*. Washington (DC), OPS, 2011. Disponible en anglais sur : <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/33830/9789275132333-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
22. Organisation mondiale de la Santé. *The Helsinki Statement on Health in All Policies*. 8th Global Conference on Health Promotion, du 10 au 14 juin 2013, Helsinki, Finlande. Genève, OMS, 2013. Disponible en anglais sur : [http://www.who.int/healthpromotion/conferences/8gchp/8gchp\\_helsinki\\_statement.pdf](http://www.who.int/healthpromotion/conferences/8gchp/8gchp_helsinki_statement.pdf)
23. Organisation mondiale de la Santé. *Health in All Policies (HiAP): framework for country action*. Genève, OMS, 2014. Disponible en anglais sur : [http://www.who.int/cardiovascular\\_diseases/140120HPRHiAPFramework.pdf](http://www.who.int/cardiovascular_diseases/140120HPRHiAPFramework.pdf)
24. Organisation panaméricaine de la Santé. Plan d'action sur la santé dans toutes les politiques. 53<sup>e</sup> Conseil directeur de l'OPS, 66<sup>e</sup> session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 29 septembre au 3 octobre 2014. Washington (DC), OPS, 2014 (résolution CD53/10). Disponible sur : [http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=26800&Itemid=270&lang=fr](http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=26800&Itemid=270&lang=fr)
25. Organisation panaméricaine de la Santé. *Concept note: implementing the Pan American Health Organization's Regional Plan of Action on Health in All Policies (HiAP)*. Washington (DC), OPS, 2015. Disponible en anglais sur : [http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&Itemid=270&gid=30675&lang=en](http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=30675&lang=en)
26. Organisation panaméricaine de la Santé. *Road map for the plan of action on Health in All Policies*. Washington (DC), OPS, 2015. Disponible en anglais sur : <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/31313/9789275074541-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
27. Organisation panaméricaine de la Santé. Stratégie pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle. 53<sup>e</sup> Conseil directeur de l'OPS, 66<sup>e</sup> session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 29 septembre au 3 octobre 2014. Washington (DC), OPS, 2014 (résolution CD53.R14). Disponible sur : <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/7652/CD53-R14-f.pdf>
28. Reveiz L, Chapman E, Torres R, Fitzgerald JF, Mendoza A, Bolis M et al. Litigios por derecho a la salud en tres países de América Latina: revisión sistemática de la literatura. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 2013, 34(1), 213-222. Disponible en espagnol sur : [http://www.paho.org/journal/index.php?option=com\\_docman&view=download&category\\_slug=pdfs-march-2013&alias=570-litigios-por-derecho-a-la-salud-en-tres-paises-de-america-latina-revision-sistemica-de-la-literatura&Itemid=847](http://www.paho.org/journal/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=pdfs-march-2013&alias=570-litigios-por-derecho-a-la-salud-en-tres-paises-de-america-latina-revision-sistemica-de-la-literatura&Itemid=847)
29. Gotlieb V, Yavich N, Báscolo E. Litigation and the right to health in Argentina. *Cad Saude Publica*, 2016, 32(1), e00121114. Disponible en espagnol sur : [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2016000100705&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016000100705&lng=en&nrm=iso&tlng=en)
30. Yavich N, Báscolo EP, Haggerty J. Comparing the performance of the public, social security and private health subsystems in Argentina by core dimensions of primary health care. *Fam Pract*. 2016, 33(3), 249-260. Disponible en anglais sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5439348/>
31. Organisation panaméricaine de la Santé. Essential Public Health Functions. 42<sup>e</sup> Conseil directeur de l'OPS, 52<sup>e</sup> session du Comité régional ; du 25 au 29 septembre 2000. Washington (DC), OPS, 2000 (résolution CD42.R14). Disponible en anglais sur : <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/1423/CD42.R14en.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
32. Cid C, Báscolo E, Morales C. La eficiencia en la agenda de la estrategia de acceso universal a la salud y cobertura universal en salud en las Américas. *Salud Pública de México* 2016, 58, 496-503. Disponible en espagnol sur : [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342016000500496](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342016000500496)
33. Organisation mondiale de la Santé. Health financing. Données de l'Observatoire de la santé mondial [Internet]. Disponible sur : <http://apps.who.int/gho/data/node.main.484>

34. Organisation panaméricaine de la Santé. Fiscal space for increasing health priority in public spending in the Americas Region. Working document. Washington D.C., OPS, décembre 2015. Disponible en anglais sur : <http://www.paho.org/uhexchange/index.php/en/uhexchange-documents/technical-information/40-fiscal-space-for-increasing-health-priority-in-public-spending-in-the-americas-region/file>
35. Matus-López M, Prieto Toledo L, Cid Pedraza C. Evaluación del espacio fiscal para la salud en Perú. *Rev Panam Salud Publica*. 2016;40:64-69. Disponible en espagnol sur : [http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/28581/v40n1a9\\_64-69.pdf?sequence=1&isAllowed=y&ua=1](http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/28581/v40n1a9_64-69.pdf?sequence=1&isAllowed=y&ua=1)
36. Organisation panaméricaine de la Santé. Estudio de espacio fiscal para salud en Honduras. Informe final. Washington (DC), OPS, 2016.
37. Organisation panaméricaine de la Santé. Estudio de espacio fiscal para salud en Bolivia. Informe final. Washington (DC), OPS, 2016.
38. Sachs JD. From Millennium Development Goals to Sustainable Development Goals. *Lancet* 2012, 379(9832). Disponible en anglais sur : [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(12\)60685-0.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(12)60685-0.pdf)
39. De Andrade LO, Pellegrini Filho A, Solar O, Rigoli F, Malagon L, Castell-Florit Serrate P et al. Social determinants of health, universal health coverage, and sustainable development: case studies from Latin American countries. *The Lancet* 2015, 385(9975), 1343-1351. Disponible en anglais sur : [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(14\)61494-X.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(14)61494-X.pdf)
40. Mujica OJ, Haerberer M, Teague J, Santos-Burgoa C, Galvão LAC. Health inequalities by gradients of access to water and sanitation between countries in the Americas, 1990 and 2010. *Pan American Journal of Public Health* 2015, 38(5), 347-354. Disponible en anglais sur : [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1020-49892015001000001&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892015001000001&lng=en&nrm=iso&tlng=en)
41. Restrepo-Méndez MC, Barros AJD, Requejo J, Durán P, Serpa LAF, França GVA et al. Progress in reducing inequalities in reproductive, maternal, newborn, and child health in Latin America and the Caribbean: an unfinished agenda. *Pan American Journal of Public Health* 2015, 38(1), 9-16. Disponible en anglais sur : [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1020-49892015000600002&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892015000600002&lng=en&nrm=iso&tlng=en)
42. Beaglehole R, Bonita R, Horton R, Adams C, Alleyne G, Asaria P et al. Priority actions for the non-communicable disease crisis. *The Lancet* 2011, 377(9775), 1438-1447. Disponible en anglais sur : [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(11\)60393-0.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(11)60393-0.pdf)
43. Organisation panaméricaine de la Santé. *Health situation in the Americas: core indicators 2016*. Washington (DC), OPS, 2016. Disponible en anglais sur : <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/31289?locale-attribute=en>
44. Organisation mondiale de la Santé. *Rapport sur la situation mondiale des maladies non transmissibles 2014*. Genève, OMS, 2014. Disponible sur : <http://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/fr/>
45. Organisation panaméricaine de la Santé. Plan d'action sur la santé mentale 2015-2020. 53<sup>e</sup> Conseil directeur de l'OPS, 66<sup>e</sup> session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques; du 29 septembre au 3 octobre 2014, Washington (DC), OPS, 2014 (document CD53/8, Rev. 1). Disponible sur : [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=26720&Itemid=270&lang=fr](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=26720&Itemid=270&lang=fr)
46. Organisation panaméricaine de la Santé. Plan d'action sur les incapacités et la réadaptation. 154<sup>e</sup> session du Comité exécutif de l'OPS; du 16 au 20 juin 2014, Washington (DC), OPS, 2014 (document CE154/14). Disponible en anglais sur : <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/169621/1/CE154-14-e.pdf>
47. Organisation panaméricaine de la Santé. *Road safety in the Americas*. Washington (DC), OPS, 2016. Disponible en anglais sur : <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/28564/9789275119129-eng.pdf?sequence=6>
48. Organisation mondiale de la Santé, Banque mondiale. *Rapport mondial sur le handicap*. Genève, OMS, 2011. Disponible sur : [http://www.who.int/entity/disabilities/world\\_report/2011/report/fr/index.html](http://www.who.int/entity/disabilities/world_report/2011/report/fr/index.html)
49. Organisation mondiale de la Santé. *The global burden of disease: 2004 update* [Internet]. Genève, OMS, 2008. Disponible en anglais sur : [http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/2004\\_report\\_update/en/index.html](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/2004_report_update/en/index.html)
50. Organisation mondiale de la Santé. *Rapport de situation 2014 sur la prévention de la violence dans le monde*. Genève, OMS, 2014. Disponible en anglais sur : [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/status\\_report/2014/report/report/en/](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/status_report/2014/report/report/en/) Résumé d'orientation disponible en français sur : [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/145088/1/WHO\\_NMH\\_NVI\\_14.2\\_fre.pdf?ua=1&ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/145088/1/WHO_NMH_NVI_14.2_fre.pdf?ua=1&ua=1)

51. Bacallao J, Alerm González A, Ferrer M. *Paradigma del curso de la vida: implicaciones en la clínica, la epidemiología y la salud pública*. La Havane, Editorial Ciencias Médicas, 2016. Disponible en espagnol sur : <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Paradigma%20del%20curso%20de%20la%20vida.%20Implicaciones%20en%20la%20cl%C3%ADnica,%20la%20epidemiolog%C3%ADa%20y%20la%20salud%20p%C3%ABblica.pdf>
52. Costello A, Abbas M, Allen A, Ball S, Bell S, Bellamy R et al. Managing the health effects of climate change. *The Lancet* 2009, 373(9676), 1693-1733. Disponible en anglais sur : [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(09\)60935-1.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(09)60935-1.pdf)
53. Prüss-Ustün A, Corvalán C, Bos R, Neira M. *Preventing disease through healthy environments: a global assessment of the burden of disease from environmental risks*. Genève, OMS, 2016. Disponible en anglais sur : [http://www.who.int/quantifying\\_ehimpacts/publications/preventing-disease/en/](http://www.who.int/quantifying_ehimpacts/publications/preventing-disease/en/)
54. Watts N, Adger WN, Agnolucci P, Blackstock J, Byass P, Cai W et al. Health and climate change: policy responses to protect public health. *Lancet* 2015, 386(100086), 1861-1914. Disponible en anglais sur : [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(15\)60854-6/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(15)60854-6/fulltext)
55. Organisation mondiale de la Santé. Stratégie et plan d'action mondiaux sur le vieillissement et la santé. 69<sup>e</sup> Assemblée mondiale de la Santé ; du 23 au 28 mai 2016. Genève, OMS, 2016 (document A69/17). Disponible sur : [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA69/A69\\_17-fr.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_17-fr.pdf)
56. Organisation panaméricaine de la Santé. Stratégie et plan d'action relatifs à la démence chez les personnes âgées. 54<sup>e</sup> Conseil directeur de l'OPS, 67<sup>e</sup> session du Comité Régional de l'OMS pour les Amériques, Washington (DC), du 28 septembre au 2 octobre 2015. Washington (DC), OPS, 2015 (résolution CD54.R11). Disponible sur : [http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=31928&Itemid=270&lang=fr](http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=31928&Itemid=270&lang=fr)
57. Organisation des Nations Unies, Département des affaires économiques et sociales, Division de la population. *World population prospects: the 2017 revision, volume II, demographic profiles*. New York, ONU, 2017 (document ST/ESA/SER.A/400). Disponible en anglais sur : [https://esa.un.org/unpd/wpp/Publications/Files/WPP2017\\_Volume-II-Demographic-Profiles.pdf](https://esa.un.org/unpd/wpp/Publications/Files/WPP2017_Volume-II-Demographic-Profiles.pdf)
58. Wong LLR, Carvalho JA. O rápido processo de envelhecimento populacional do Brasil: sérios desafios para as políticas públicas. *Revista Brasileira de Estudos de População* 2006, 23(1), 5-26. Disponible en portugais sur : [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-30982006000100002](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-30982006000100002)
59. Cruz M, Ahmed A. *On the impact of demographic change on growth, savings, and poverty*. Policy Research Working Papers. Groupe de la Banque mondiale. Août 2016. Washington (DC), Banque mondiale, 2016. Disponible en anglais sur : <https://elibrary.worldbank.org/doi/pdf/10.1596/1813-9450-7805>
60. Organisation mondiale de la Santé. *Rapport mondial sur le vieillissement et la santé*. Genève, OMS, 2015. [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/206556/1/9789240694842\\_fre.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/206556/1/9789240694842_fre.pdf?ua=1)
61. Organisation mondiale de la Santé. Cadre pour des services de santé intégrés centrés sur la personne, 69<sup>e</sup> Assemblée mondiale de la Santé ; du 23 au 28 mai 2016. Genève, OMS, 2016 (document WHA69.39). Disponible sur : [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA69/A69\\_39-fr.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_39-fr.pdf)
62. Beard JR, Biggs S, Bloom DE, Fried LP, Hogan P, Kalache A et al., eds. *Global population ageing. Peril or promise?* Genève, Forum économique mondial, 2011. Disponible en anglais sur : [http://www3.weforum.org/docs/WEF\\_GAC\\_GlobalPopulationAgeing\\_Report\\_2012.pdf](http://www3.weforum.org/docs/WEF_GAC_GlobalPopulationAgeing_Report_2012.pdf)
63. Organisation panaméricaine de la Santé. Stratégie et plan d'action relatifs à la démence et aux handicaps chez les personnes âgées. 54<sup>e</sup> Conseil directeur de l'OPS, 67<sup>e</sup> session du Comité Régional de l'OMS pour les Amériques; du 28 septembre au 2 octobre 2015. Washington (DC), OPS, 2015 (document CD54/8, Rev. 1). Disponible sur : [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=31658&Itemid=270&lang=fr](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=31658&Itemid=270&lang=fr)
64. U.S. Department of Health and Human Services. *Multiple chronic conditions—a strategic framework: optimum health and quality of life for individuals with multiple chronic conditions*. Washington (DC), U.S. Department of Health and Human Services, 2010. Disponible en anglais sur : [https://www.hhs.gov/sites/default/files/ash/initiatives/mcc/mcc\\_framework.pdf](https://www.hhs.gov/sites/default/files/ash/initiatives/mcc/mcc_framework.pdf)
65. Marengoni A, Angleman S, Melis R, Mangialasche F, Karp A, Garmen A et al. Aging with multimorbidity: a systematic review of the literature. *Ageing Research Reviews* 2011, 10(4), 430-439. Résumé disponible en anglais sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21402176>
66. Organisation mondiale de la Santé. Promotion de la santé des migrants. Rapport du Secrétariat. 69<sup>e</sup> Assemblée mondiale de la santé ; du 23 au 28 mai 2016. Genève, OPS, 2016 (document A69/27). Disponible sur : [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA69/A69\\_27-fr.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_27-fr.pdf)
67. Organisation des Nations Unies. Convention internationale sur la protection des droits de tous les travailleurs migrants et des membres de leur famille. Adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies ; 18 décembre 1990. New York, ONU, 1990

- (résolution A/RES/45/158). Disponible sur : [https://treaties.un.org/doc/source/docs/A\\_RES\\_45\\_158-F.pdf](https://treaties.un.org/doc/source/docs/A_RES_45_158-F.pdf).
68. Kuruvilla R, Raghavan R. Health care for undocumented immigrants in Texas: past, present, and future. *Texas Medicine* 2014, 110(7), e1. Disponible en anglais sur : <https://www.texmed.org/July14Journal/>
  69. Pottie K, Batista R, Mayhew M, Mota L, Grant K. Improving delivery of primary care for vulnerable migrants: Delphi consensus to prioritize innovative practice strategies. *Canadian Family Physician* 2014, 60(1), e32-e40. Disponible en anglais sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3994840/pdf/0600e32.pdf>
  70. González-Vázquez T, Torres-Robles C, Pelcastre-Villafuerte B. Transnational health service utilization by Mexican immigrants in the United States. *Salud Pública de México* 2013, 55(4), 477-484. Résumé en anglais disponible sur : <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v55s4/v55s4a6.pdf>
  71. Département des affaires économiques et sociales, Division de la population, Migration internationale. Monitoring global population trends [Internet], 2015. Disponible en anglais sur : <http://www.un.org/en/development/desa/population/migration/data/estimates2/estimates15.shtml>
  72. Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés. *Global trends. Forced displacement in 2015*. Geneva, UNHCR, 2016. Disponible en anglais sur : <http://www.unhcr.org/en-us/statistics/unhcrstats/576408cd7/unhcr-global-trends-2015.html>
  73. Organisation internationale pour les migrations. Dinámicas migratorias en América Latina y el Caribe (ALC) y entre ALC y la Unión Europea-Mayo 2015. San José, OIM, 2015. Disponible en espagnol sur : <http://publications.iom.int/fr/books/dinamicas-migratorias-en-america-latina-y-el-caribe-alc-y-entre-alc-y-la-union-europea-mayo>
  74. Organisation internationale pour les migrations. L'OIM recense un nombre croissant de migrants irréguliers bloqués au Costa Rica. San José, OIM, 2016. Disponible en espagnol sur : <https://www.iom.int/fr/news/loim-recense-un-nombre-croissant-de-migrants-irreguliers-bloques-au-costa-rica>
  75. Organisation des Nations Unies. Sécurité et dignité : gérer les déplacements massifs de réfugiés et de migrants. Rapport du Secrétaire général. New York, ONU, 2016 (document A/70/59). Disponible sur : <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N16/112/63/PDF/N1611263.pdf?OpenElement>
  76. Organisation des Nations Unies. Déclaration de New York pour les réfugiés et les migrants. Document final de la réunion plénière de haut niveau de l'Assemblée générale sur la gestion des déplacements de réfugiés et de migrants. New York, ONU, 2016. Disponible sur : [http://www.un.org/ga/search/view\\_doc.asp?symbol=A/71/L.1&referer=/english/&Lang=F](http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/71/L.1&referer=/english/&Lang=F)
  77. Barcenas Ibarra A, Byanyima W, Latin America is the world's most unequal region. Here is how to fix it [Internet]; 2016. Disponible en anglais sur : <https://www.weforum.org/agenda/2016/01/inequality-is-getting-worse-in-latin-america-here-s-how-to-fix-it/>
  78. Lustig N. Most unequal on Earth [Internet]. *Finance & Development* 52(3). Washington (DC), Fonds monétaire international, 2015. Disponible en anglais sur : <http://www.imf.org/external/pubs/ft/fandd/2015/09/lustig.htm>
  79. Organisation panaméricaine de la Santé. Déclaration régionale sur les nouvelles orientations en soins de santé primaires (Déclaration de Montevideo), 46<sup>e</sup> Conseil directeur, 57<sup>e</sup> session du Comité régional, du 26 au 30 septembre 2005, Washington (DC), OPS, 2005 (document CD46/13). Disponible sur : <http://www1.paho.org/french/gov/cd/CD46-13-f.pdf>
  80. Browne AJ, Varcoe CM, Wong ST, Smye VL, Lavoie J, Littlejohn D et al. Closing the health equity gap: evidence-based strategies for primary health care organizations. *International Journal for Equity in Health* 2012, 11,59. Disponible en anglais sur : <https://equityhealthj.biomedcentral.com/articles/10.1186/1475-9276-11-59>
  81. Starfield B. The hidden inequity in health care. *International Journal for Equity in Health* 2011,10:15. Disponible en anglais sur : <https://equityhealthj.biomedcentral.com/articles/10.1186/1475-9276-10-15>
  82. Wagstaff A, Van Doorslaer E, Paci P. On the measurement of horizontal inequity in the delivery of health care. *Journal of Health Economics* 1991,10(2), 169-205. Disponible en anglais sur : [https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&ved=0ahUKewiVwbLEnJPVAhUJ6CYKHb3wCrEQfgg3MAI&url=https%3A%2F%2Fpub.eur.nl%2Fpub%2F11464%2FOnTheMeasurement\\_1991.pdf&usq=AFQjCNE1yJoeY2FfLW-yrsNDDw89wqW8zw](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&ved=0ahUKewiVwbLEnJPVAhUJ6CYKHb3wCrEQfgg3MAI&url=https%3A%2F%2Fpub.eur.nl%2Fpub%2F11464%2FOnTheMeasurement_1991.pdf&usq=AFQjCNE1yJoeY2FfLW-yrsNDDw89wqW8zw)
  83. Gakidou E, Murray CJL, Frenk J. A framework for measuring health inequality. Genève, OMS, 1996. Disponible en anglais sur : <http://www.who.int/healthinfo/paper05.pdf>
  84. Braveman P, Gruskin S. Defining equity in health. *Journal of Epidemiology & Community Health* 2003, 57(4), 254-258. Disponible en anglais sur : <http://jech.bmj.com/content/57/4/254>
  85. Asada Y, Hurley J, Norheim OF, Johri M. A three-stage approach to measuring health inequalities and inequities. *International Journal for Equity in Health* 2014, 13, 98. Disponible en anglais

- sur : <https://equityhealthj.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12939-014-0098-y>
86. Organisation des Nations Unies. Département des affaires économiques et sociales, Division de la population. World population prospects: the 2017 revision, key findings and advance tables. Working Paper No. ESA/P/WP.248. New York: UN; 2017 [Internet]. United Nations, editor. New York, ONU, 2017. Disponible en anglais sur : [https://esa.un.org/unpd/wpp/Publications/Files/WPP2017\\_KeyFindings.pdf](https://esa.un.org/unpd/wpp/Publications/Files/WPP2017_KeyFindings.pdf)
  87. Organisation des Nations Unies. Département des affaires économiques et sociales, Division de la population. World Urbanization Prospects. The 2014 Revision. New York, ONU, 2015. Disponible en anglais sur : <https://esa.un.org/unpd/wup/Publications/Files/WUP2014-Report.pdf>
  88. Rodríguez Vignoli J. La reproducción en la adolescencia y sus desigualdades en América Latina [Internet]. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE), editor. Santiago du Chili, ONU, 2010. Disponible en espagnol sur : [http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/36853/1/S2014262\\_es.pdf](http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/36853/1/S2014262_es.pdf)
  89. Organisation des Nations Unies. Département des affaires économiques et sociales, Division de la population. World Population Prospects: The 2015 Revision, Volume I: Comprehensive Tables (ST/ESA/SER.A/379). [Internet]. United Nations, editor. New York, ONU, 2015. Disponible en anglais sur : [https://esa.un.org/unpd/wpp/.../Files/WPP2015\\_Volume-I\\_Comprehensive-Tables.pdf](https://esa.un.org/unpd/wpp/.../Files/WPP2015_Volume-I_Comprehensive-Tables.pdf)
  90. Fonds des Nations Unies pour la population. Ageing in the Twenty-First Century: a celebration and a challenge. New York, UNFPA, 2012. Disponible en anglais sur : <http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Ageing%20report.pdf>
  91. Organisation mondiale de la Santé. Global Health Observatory data repository. Cholera. Number of reported cases. Data by country [Internet]. Disponible en anglais sur : <http://apps.who.int/gho/data/node.main.175>
  92. Organisation panaméricaine de la Santé. Informe Anual de la Red de Monitoreo/Vigilancia de la Resistencia a los Antibióticos. Washington (DC) : OPS, 2013. Disponible en espagnol sur : [http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=24101&Itemid=270](http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=24101&Itemid=270)
  93. Calvo B, Melo ASA, Perozo-Mena A, Hernandez M, Francisco EC, Hagen F et al. First report of *Candida auris* in America: clinical and microbiological aspects of 18 episodes of candidemia. *J Infection*. 2016, 73(4), 369-374. Disponible en anglais sur : [http://www.journalofinfection.com/article/S0163-4453\(16\)30172-4/pdf](http://www.journalofinfection.com/article/S0163-4453(16)30172-4/pdf)
  94. Van Bortel W, Dorleans F, Rosine J, Bateau A, Rousset D, Matheus S et al. Chikungunya outbreak in the Caribbean region, December 2013 to March 2014, and the significance for Europe. *Euro Surveill* 2014, 19(13), 20759. Disponible en anglais sur : <http://www.eurosurveillance.org/images/dynamic/EE/V19N13/art20759.pdf>
  95. Etienne C, dos Santos T, Espinal MA. Keynote address (November 2016): Zika virus disease in the Americas: a storm in the making. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene* 97(1), 16-18. Disponible en anglais sur : <http://www.ajtmh.org/content/journals/10.4269/ajtmh.17-0207>
  96. Cardoso CW, Paploski IA, Kikuti M, Rodrigues MS, Silva MM, Campos GS et al. Outbreak of exanthematous illness associated with zika, chikungunya, and dengue viruses, Salvador, Brazil. *Emerging infectious diseases* 2015,21(12),2274-2276. Disponible en anglais sur : <https://wwwnc.cdc.gov/eid/article/21/12/pdfs/15-1167.pdf>
  97. Organisation panaméricaine de la Santé. Epidemiological update. Yellow fever. 18 janvier 2017. Disponible en anglais sur : [http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&Itemid=270&gid=37709&lang=en](http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=37709&lang=en)
  98. Ministerio de Salud de Perú. *Boletín epidemiológico del Perú*. Volumen 25-semana epidemiológica N° 52: pp. 1190. ISSN versión electrónica : 2415-0762. Disponible en espagnol sur : <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2016/52.pdf>
  99. Ministério da Saúde Brasil. Informe especial febre amarela no Brasil No. 01/2017. Disponible en portugais sur : <http://portal.arquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/marco/18/Informe-especial-COES-FA.pdf>
  100. Sauerbrey M. The onchocerciasis elimination program for the Americas (OEPA). *Annals of Tropical Medicine & Parasitology* 2008, 102(S1), 25-29. Disponible en anglais sur : [https://pdfs.semanticscholar.org/f16c/fd6924c0b3bdfcd5eea21a5565456e224c8c.pdf?\\_ga=2.12500914.707450911.1500481905-179442483.1500481905](https://pdfs.semanticscholar.org/f16c/fd6924c0b3bdfcd5eea21a5565456e224c8c.pdf?_ga=2.12500914.707450911.1500481905-179442483.1500481905)
  101. Programa para la Eliminación de la Oncocercosis en las Américas. Epidemiología [Internet]. Disponible en espagnol sur : <http://www.oepa.net/epidemiologia.html>
  102. Organisation mondiale de la Santé. Progrès vers l'élimination de l'onchocercose dans la Région OMS des Amériques : vérification de l'élimination de la transmission au Guatemala. *Weekly Epidemiological Record* 2016, 91(43), 501-505. Disponible en anglais sur : <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250643/1/WER9143.pdf?ua=1>

103. Organisation mondiale de la Santé. Global tuberculosis report 2016. Genève, OMS, 2016. Disponible en anglais sur : <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250441/1/9789241565394-eng.pdf>
104. Organisation panaméricaine de la Santé. Tuberculosis in the Region of the Americas. Regional Report 2014. Epidemiology, Control and Financing. Washington (DC), OPS, 2014. Disponible en anglais sur : [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&Itemid=270&gid=31283&lang=en](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=31283&lang=en)
105. Organisation mondiale de la Santé. Implementing Tuberculosis Diagnostics. Policy framework. Genève, OMS, 2015 (WHO/HTM/TB/2015.11). Disponible en anglais sur : [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/162712/1/9789241508612\\_eng.pdf?ua=1/](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/162712/1/9789241508612_eng.pdf?ua=1/)
106. Organisation mondiale de la Santé. The use of molecular line probe assays for the detection of resistance to second-line anti-tuberculosis drugs. Genève, OMS, 2016 (WHO/HTM/TB/2016.07). Disponible en anglais sur : <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246131/1/9789241510561-eng.pdf>
107. Organisation mondiale de la Santé. The use of loop-mediated isothermal amplification (TB-LAMP) for the diagnosis of pulmonary tuberculosis: policy guidance. Genève, OMS, 2016 (WHO/HTM/TB/2016.07). Disponible en anglais sur : <http://who.int/tb/publications/lamp-diagnosis-molecular/en/>
108. Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida. Aids info. Online database [Internet]. Genève, ONUSIDA, 2015. Disponible en anglais sur : <http://www.aidsinfoonline.org/devinfo/libraries.aspx/Home.aspx>
109. Newman L, Rowley J, Vander Hoorn S, Saman Wijesooriya N, Unemo M, Low N et al. Global estimates of the prevalence and incidence of four curable sexually transmitted infections in 2012 based on systematic review and global reporting. *PLoS ONE*. 2015, 10(12), e0143304. Disponible en anglais sur : <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0143304>
110. Bruni L, Diaz M, Castellsagué M, Ferrer E, Bosch FX, de Sanjosé S. Cervical human papillomavirus prevalence in 5 continents: meta-analysis of 1 million women with normal cytological findings. *Journal of Infectious Diseases*, 2010, 202(12), 1789-1799. Disponible en anglais sur : <https://academic.oup.com/jid/article-lookup/doi/10.1086/657321>
111. Bruni L, Diaz M, Barrionuevo-Rosas L, Herrero R, Bray F, Bosch FX et al. Global estimates of human papillomavirus vaccination coverage by region and income level: a pooled analysis. *The Lancet Global Health* 2016, 4(7), e453-e463. Disponible en anglais sur : [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/langlo/PIIS2214-109X\(16\)30099-7.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/langlo/PIIS2214-109X(16)30099-7.pdf)
112. Office des Nations Unies contre la drogue et le crime. *Global study on homicide 2013: trends, context, data*. Vienne, UNODC, 2014. Disponible en anglais sur : [http://www.unodc.org/documents/gsh/pdfs/2014\\_GLOBAL\\_HOMICIDE\\_BOOK\\_web.pdf](http://www.unodc.org/documents/gsh/pdfs/2014_GLOBAL_HOMICIDE_BOOK_web.pdf)
113. Organisation mondiale de la Santé. *Estimations mondiales et régionales de la violence à l'encontre des femmes : prévalence et conséquences sur la santé de la violence du partenaire intime et de la violence sexuelle exercée par d'autres que le partenaire*. Genève, OMS, 2013. Résumé d'orientation en français disponible sur : [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85242/1/WHO\\_RHR\\_HRP\\_13.06\\_fre.pdf?ua=1/](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85242/1/WHO_RHR_HRP_13.06_fre.pdf?ua=1/) Rapport complet en anglais disponible sur : [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85239/1/9789241564625\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85239/1/9789241564625_eng.pdf?ua=1)
114. Hillis S, Mercy J, Amobi A, Kress H. Global prevalence of past-year violence against children: A systematic review and minimum estimates. *Pediatrics* 2016, 137(3), e2015407. Disponible en anglais sur : <http://pediatrics.aappublications.org/content/early/2016/01/25/peds.2015-4079>
115. Organisation internationale du Travail. Labour overview 2016. 1st ed. Lima, OIT/Bureau régional pour l'Amérique latine et les Caraïbes, 2016. Disponible en anglais sur : [http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/documents/publication/wcms\\_545825.pdf](http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/documents/publication/wcms_545825.pdf)
116. Organisation panaméricaine de la Santé. *Health in the Americas 2012: Regional outlook and country profiles*. Washington (DC): OPS, 2012. Disponible en anglais sur : <http://www1.paho.org/saludenlasamericas/docs/hia-2012-summary.pdf>
117. Organisation internationale du Travail. Country profiles on occupational health and safety. Genève, OIT. Disponible en anglais sur : <http://www.ilo.org/safework/countries/lang--en/index.htm>
118. Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture. Institut de statistique de l'UNESCO [Internet], 2016. Disponible sur : <http://data.uis.unesco.org/?lang=fr>
119. Organisation des États Américains. *Report on drug use in the Americas 2015*. Washington, DC, OAS, 2015. Disponible en anglais sur : <http://cicad.oas.org/apps/Document.aspx?Id=3208>
120. Organisation des Nations Unies. Division de la population. World population prospects: the 2015 revision. File FERT/7: age-specific fertility rates by major area, region and country, 1950-2100 [Internet], 2016. Disponible en anglais sur : <https://esa.un.org/unpd/wpp/Download/Standard/Fertility/>



121. He W, Goodkind D, Kowal P. U.S. Census Bureau. An aging world: 2015. International Population Reports, P95/16-1. U.S. Government Publishing Office, Washington (DC), 2016.
122. Organisation panaméricaine de la Santé. Plan d'action pour la santé des personnes âgées y compris le vieillissement sain et actifs. 49<sup>e</sup> Conseil directeur de l'OPS, 61<sup>e</sup> session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques du 28 septembre au 2 octobre 2009, Washington (DC), OPS, 2009 (document CD49/8). Disponible sur : <http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/CD49-08-f.pdf>
123. Becerra-Posada F. Health equity: the linchpin of sustainable development. *Pan American Journal of Public Health* 2015, 38(1), 5–8. Disponible en anglais sur : [http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v38n1/en\\_v38n1a01.pdf](http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v38n1/en_v38n1a01.pdf)
124. Hartmann C. Postneoliberal public health care reforms: neoliberalism, social medicine, and persistent health inequalities in Latin America. *American Journal of Public Health* 2016, 106(12), 2145–2151. Disponible en anglais sur : <http://ajph.apahpublications.org/doi/pdf/10.2105/AJPH.2016.303470>
125. Itriago D. Wielding influence, building inequality: capture of tax policies in Latin America and the Caribbean. *Development* 2016, 59(1–2), 151–157. Résumé en anglais disponible sur : <https://link.springer.com/article/10.1057%2F941301-017-0069-x> ]
126. Boldosser-Boesch A, Brun M, Carvajal L, Chou D, de Bernis L, Fogg K et al. Setting maternal mortality targets for the SDGs [letter]. *The Lancet* 2017, 18(389), 696–697 ; also Kassebaum NJ, Lozano R, Lim SS, Murray CJ. Setting maternal mortality targets for the SDGs [authors' reply]. *The Lancet* 2017, 18(389), 697–698. Disponible en anglais sur : <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673617303379/pdf?md5=54f20e7331fab0e619e2202732d1bf9&pid=1-s2.0-S0140673617303379-main.pdf>
127. Organisation mondiale de la Santé, Banque mondiale. Monitoring progress towards universal health coverage at country and global levels: framework, measures and targets. Genève, OMS, 2014. Disponible en anglais sur : [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112824/1/WHO\\_HIS\\_HIA\\_14.1\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112824/1/WHO_HIS_HIA_14.1_eng.pdf?ua=1)
128. Penchansky R, Thomas JW. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. *Medical Care* 198, 19(2), 127-140. Résumé disponible en anglais sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7206846>
129. Thorpe JM, Thorpe CT, Kennelty KA, Pandhi N. Patterns of perceived barriers to medical care in older adults: a latent class analysis. *BMC Health Services Research* 2011, 11,181. Disponible en anglais sur : <http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-11-181>
130. Organisation mondiale de la Santé. Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies. Genève, OMS, 2010. Disponible en anglais sur : [http://www.who.int/healthinfo/systems/WHO\\_MBHSS\\_2010\\_full\\_web.pdf](http://www.who.int/healthinfo/systems/WHO_MBHSS_2010_full_web.pdf).
131. Bernstein AB, Hing E, Moss AJ, Allen KF, Siller AB, Tiggler RB. Health care in America: trends in utilization. Hyattsville: National Center for Health Statistics, 2003. Disponible en anglais sur : <https://www.cdc.gov/nchs/data/misc/healthcare.pdf>
132. Organisation des Nations Unies. Commission mondiale sur l'environnement et le développement. *Report of the World Commission on Environment and Development: our common future*. Oxford: Oxford University Press, 1987. Disponible en anglais sur : <http://www.un-documents.net/our-common-future.pdf>
133. Organisation mondiale de la Santé. Health in the context of sustainable development. Background document. Oslo, OMS, 2002. Disponible en anglais sur : [http://www.who.int/mediacentre/events/HSD\\_Plaq\\_02.6\\_def1.pdf](http://www.who.int/mediacentre/events/HSD_Plaq_02.6_def1.pdf)
134. Organisations des Nations Unies. Rapport de la conférence des Nations Unies sur l'environnement et le développement. Assemblée Générale, New York, 12 août 1992 (A/CONF.151/26). Disponible sur : <http://www.un.org/documents/ga/conf151/french/aconf15126-1annex1f.htm>
135. Organisation mondiale de la Santé. Health in 2015: from MDGs (Millennium Development Goals) to SDGs (Sustainable Development Goals). Genève, OMS, 2015. Disponible en anglais sur : [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/200009/1/9789241565110\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/200009/1/9789241565110_eng.pdf?ua=1)
136. Assemblée générale des Nations Unies. Transformer notre monde : le Programme de développement durable à l'horizon 2030. Soixante-dixième session de l'Assemblée générale, 21 octobre 2015, New York, ONU, 2015 (A/RES/70/1). Disponible sur : <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N15/291/90/PDF/N1529190.pdf?OpenElement>
137. Pavón Cuéllar D, Sabucedo Cameselle JM. El concepto de "sociedad civil": breve historia de su elaboración teórica. *Araucaria: Revista Iberoamericana de Filosofía, Política y Humanidades* 2009,11(21),63-92. Disponible en espagnol sur : [http://alojoptico.us.es/Araucaria/nro21/ideas21\\_4.pdf](http://alojoptico.us.es/Araucaria/nro21/ideas21_4.pdf)
138. Hasenfeld Y, Gidron B. Understanding multi-purpose hybrid voluntary organizations: the contributions of theories on civil society, social movements and non-profit organizations. *Journal of Civil Society* 2005, 1(2), 97-112. Disponible en anglais sur : [http://www.bgu.ac.il/~gidron/publication/Multi\\_purpose.pdf](http://www.bgu.ac.il/~gidron/publication/Multi_purpose.pdf)

139. Pasarín MI, Díez E. Salud comunitaria. Una actuación necesaria. *Gaceta Sanitaria* 2013, 27(6), 477-478. Disponible en anglais sur : <http://www.gacetasanitaria.org/es/salud-comunitaria-una-actuacion-necesaria/articulo/S0213911113001799/>
140. Gofin J, Gofin R. *Essentials of global community health*. Essential Public Health Series. Reigelman R, series ed. Sudbury, Jones & Bartlett Learning, 2012.
141. Programme des Nations Unies pour le développement. Mutual accountability mechanisms: accountability, voices and responsiveness. Conference Paper #6. Working draft, 6 novembre. New York, PNUD, 2006. Disponible en anglais sur : <http://www.undp.org/content/dam/aplaws/publication/en/publications/capacity-development/drivers-of-change/accountability/mutual-accountability-mechanisms/Mutual-Accountability-cp6.pdf>
142. Swinburn B, Kraak V, Rutter H, Vandevijvere S, Lobstein T, Sacks G et al. Strengthening of accountability systems to create healthy food environments and reduce global obesity. *The Lancet* 2015, 385(9986), 2534-2545. Disponible en anglais sur : <http://www.undp.org/content/dam/aplaws/publication/en/publications/capacity-development/drivers-of-change/accountability/mutual-accountability-mechanisms/Mutual-Accountability-cp6.pdf>
143. Robine JM. Life course, environmental change, and life span. *Popul Dev Rev*. 2003, 29, 229-38. Disponible en anglais sur : <http://www.jstor.org/stable/3401353>
144. Halfon N, Hochstein M. Life course health development: an integrated framework for developing health, policy, and research. *Milbank Q*. 2002, 80(3), 433-479. Disponible en anglais sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2690118/pdf/milq0080-0433.pdf>
145. Halfon N, Larson K, Lu M, Tullis E, Russ S. Lifecourse health development: past, present and future. *Matern Child Health J*. 2014, (18), 344-365. Disponible en anglais sur : [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3890560/pdf/10995\\_2013\\_Article\\_1346.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3890560/pdf/10995_2013_Article_1346.pdf)
146. Yamey G, Shretta R, Newton Binka F. The 2030 sustainable development goal for health. *BMJ* 349(2014), g5295. Disponible en anglais sur : <http://www.bmj.com/content/bmj/349/bmj.g5295.full.pdf>
147. Organisation mondiale de la Santé. *Everybody's business. Strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action*, Genève, OMS, 2007. Disponible en anglais sur : [http://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys\\_business.pdf](http://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf)
148. Organisation des États Américains, Commission interaméricaine des droits de l'homme. Office of the Special Rapporteur for Freedom of Expression of the Inter-American Commission on Human Rights [Internet]. Washington (DC), OEA. Disponible en espagnol sur : <http://www.oas.org/en/iachr/expression/index.asp>
149. Open Government Partnership. What's in the Open Government Partnership? [Internet]. 2011. Disponible en anglais sur : <https://www.opengovpartnership.org>.
150. Organisation mondiale de la Santé. *Vingt-cinq questions-réponses sur la santé et les droits humains*. Genève, OMS, 2002. Disponible sur : [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42631/1/9242545694\\_fre.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42631/1/9242545694_fre.pdf)
151. D'Agostino M, Mejía F, Martí M, Novillo D, González de Cosío F, Farach N. Social dialogue and scientific production on big and open data in health: from facilitating surveillance and preventing disease to fostering behavioral changes. *Open Sci*. 2016, 4(3), 14-22. Disponible en anglais sur : <http://www.openscienceonline.com/journal/archive2?journalId=718&paperId=3255>
152. Yousefi-Nooraie R, Dobbins M, Marin A, Hanneman R, Lohfeld L. The evolution of social networks through the implementation of evidence-informed decision-making interventions: a longitudinal analysis of three public health units in Canada. *Implem Sci*. 2015, 10(1), 1. Disponible en anglais sur : [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4669621/pdf/13012\\_2015\\_Article\\_355.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4669621/pdf/13012_2015_Article_355.pdf)
153. Martí MC, Veiga de Cabo J, D'Agostino M, Sanz-Valero J. Alfabetización digital: un peldaño hacia la sociedad de la información. *Med Segur Trab*. 2008, 54(210), 11-15. Disponible en anglais sur : <http://scielo.isciii.es/pdf/mesetra/v54n210/especial2.pdf>
154. Organisation panaméricaine de la Santé. Stratégie et Plan d'action sur la cybersanté. 51<sup>e</sup> Conseil directeur de l'OPS, 63<sup>e</sup> session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques, Washington (DC), OPS, 2011 (document CD51/13). Disponible sur : [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=14575&Itemid=270&lang=fr](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=14575&Itemid=270&lang=fr)
155. Novillo-Ortiz D, D'Agostino M, Becerra-Posada F. Role of PAHO/WHO in eHealth capacity building in the Americas: analysis of the 2011–2015 period. *Rev Panam Salud Publica*. 2016, 40(2), 85-89. Disponible en anglais sur : [http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/31161/v40n2a4\\_85-89.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/31161/v40n2a4_85-89.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

156. Organisation panaméricaine de la Santé. Stratégie et Plan d'action sur la cybersanté : examen à mi-parcours. 55<sup>e</sup> Conseil directeur de l'OPS, 68<sup>e</sup> session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques, Washington (DC), OPS, 2009. (document CD55/INF/12-A). Disponible sur : <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/33645/CD55-INF-12-A-f.pdf>



# PROFILS DES PAYS





## INDICATEURS DE BASE SÉLECTIONNÉS

1990-2015

	1990 année	Valeur- et-année	Écart (%)
<b>Revenu national brut PPA</b> (parité du pouvoir d'achat, en US\$ par habitant)	...	<b>1 730</b> (2014)	...
<b>Indice de développement humain</b>	<b>0,408</b>	<b>0,483</b> (2013)	<b>18,6</b>
<b>Moyenne des années de scolarité</b>	<b>2,7</b>	...	...
<b>Population qui utilise des installations d'eau potable améliorées (%)</b>	<b>62,0</b>	<b>58,0</b> (2015)	<b>-6,5</b>
<b>Population qui utilise des installations d'assainissement améliorées (%)</b>	<b>18,0</b>	<b>28,0</b> (2015)	<b>55,6</b>
<b>Espérance de vie à la naissance</b> (années)	<b>54,5</b>	<b>63,4</b> (2013)	<b>16,4</b>
<b>Mortalité infantile</b> (pour 1 000 naissances vivantes)	<b>100,2</b>	<b>59,0</b> (2013)	<b>-41,1</b>
<b>Mortalité maternelle</b> (pour 100 000 naissances vivantes)	...	<b>157,0</b> (2013)	...
<b>Incidence de la tuberculose</b> (pour 100 000 habitants)	<b>250,0</b>	<b>149,5</b> (2013)	<b>-40,2</b>
<b>Mortalité due à la tuberculose</b> (pour 100 000 habitants)	<b>50,0</b>	<b>26,0</b> (2013)	<b>-48,0</b>
<b>Couverture du vaccin antirougeoleux (%)</b>	<b>73,0</b>	<b>64,0</b> (2015)	<b>-12,3</b>
<b>Couverture des soins obstétricaux assistés par des personnels qualifiés (%)</b>	...	<b>50,0</b> (2015)	...



<b>1990 Population</b> (millions)	<b>7,1</b>
<b>2015 Population</b> (millions)	<b>10,9</b>
<b>Changement (%)</b>	<b>53,7</b>

Haïti occupe le tiers occidental de l'île d'Hispaniola, qu'elle partage avec la République dominicaine. La superficie du pays est de 27 750 km<sup>2</sup>. Sur le plan administratif, le pays est partagé en 10 départements, 42 arrondissements, 140 communes et 570 sections communales. Les deux langues officielles sont le français et le créole (créole haïtien), ce dernier étant la langue courante.

Entre 1990 et 2015, la population a augmenté de 53,7 % et sa structure expansive s'est maintenue malgré la lenteur relative constatée parmi la population âgée de moins de 30 ans ; la population totale du pays en 2015 était de 10 911 819 habitants. La population urbaine est de 51 %. Pour la période 2015-2020, les estimations portent à 64,2 ans l'espérance de vie à la naissance.

L'évolution des indicateurs de base entre 1990 et 2015 traduit une avancée sur le plan général en dépit d'un développement limité sur les plans économique, social et sanitaire. Le coefficient de Gini était de 0,66 en 2012.

En 2014, le revenu national brut par habitant était de US\$ 820 et, en raison des faibles revenus et de la longue instabilité politique et économique du pays, on relève une absence de conditions propices à un développement économique durable.



## DÉTERMINANTS SOCIAUX

Les inégalités sociales et sanitaires sont importantes et continuent d'augmenter. La différence entre Port-au-Prince et les zones rurales est notable.

Plus de six millions de personnes vivent sous le seuil de pauvreté, qui correspond à 2 dollars US par jour. Entre 2002 et 2012, l'extrême pauvreté a baissé ; elle est passée de 31 % à 24 %, cependant près de 2,5 millions de personnes ne parviennent pas à subvenir à leurs besoins alimentaires de base. L'emploi disponible ne génère pas suffisamment de revenus pour s'extraire de la pauvreté car 45 % des travailleurs vivent avec moins de US\$ 1,25 par jour.

Haïti importe trois fois plus qu'elle n'exporte et ses plus importantes ressources proviennent des envois d'argent de la diaspora haïtienne (selon les calculs, US\$ 2,1 milliards en 2015).

Le pays est exposé aux catastrophes naturelles (tremblements de terre et ouragans) et l'érosion du sol y est importante, ce qui a des effets défavorables sur l'économie. La détérioration des ressources naturelles comme le sol, l'eau et l'air a été progressive, surtout au cours des trente dernières années.

Les ressources en eau ne suffisent pas pour couvrir les besoins de la population, surtout les couches les plus démunies. En outre, la contamination de l'eau destinée à la consommation humaine est fréquente en raison d'une urbanisation non

planifiée et de l'irruption dans des zones comprenant des sources d'eau potable.

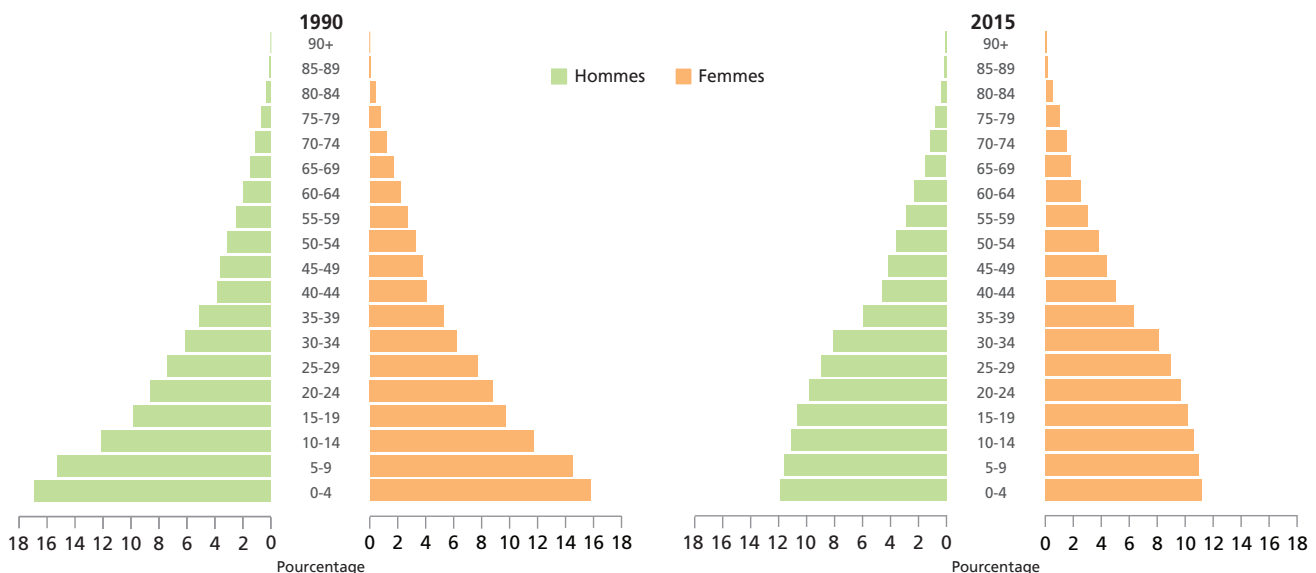
En 2000, seuls 36 % de la population avaient accès à l'eau potable et 21 % à l'assainissement de base. En 2015, la couverture en eau potable est passée à 57,5 % (62,8 % dans les zones urbaines et 17,6 % dans les zones rurales) et l'assainissement à 28 %.

En 2012, 79 % des hommes et 74 % des femmes étaient alphabétisés et 66 % avaient achevé leurs études primaires. Moins de 10 % de la population ont achevé leurs études secondaires ou supérieures. 67 % des élèves fréquentent des écoles privées ; ce chiffre est élevé car la plupart des établissements ne sont pas publics.

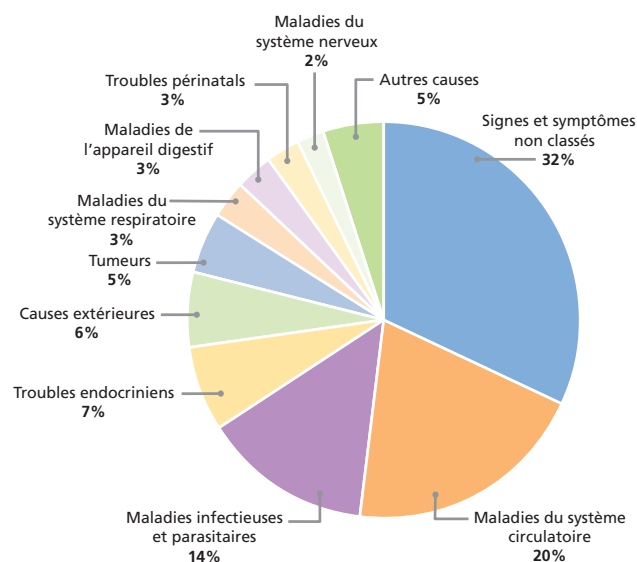
En 2012, le taux d'homicides était estimé à 10,2 décès pour 100 000 habitants. La violence domestique est courante en Haïti. En 2012, plus d'un quart des femmes âgées de 15 à 49 ans (28 %) rapportait avoir été victime de violence physique à partir de 15 ans et 13 % des femmes de ce groupe d'âge déclaraient avoir subi des sévices sexuels à un moment de leur vie.

Le séisme qui a frappé Haïti en 2010 a provoqué la mort de plus de 200 000 personnes et d'importants dommages dans les infrastructures nationales. Les ouragans de 2012 et de 2016 ont causé de graves dégâts dans certaines régions du pays, notamment des pertes en vies humaines et des

### Structure de la population d'Haïti selon l'âge et le sexe, 1990 et 2015



## Mortalité proportionnelle (% décès totaux, tous âges confondus, les deux sexes), 2004



destructions d'infrastructures, de maisons, d'arbres, de cultures et d'animaux.

Les foyers les plus pauvres dépensent près des trois quarts de leur revenu en produits alimentaires et ceux disposant de revenus plus élevés plus de la moitié.

La migration à l'intérieur du pays est constante ; en 2015, le taux d'urbanisation a dépassé 50 % de la population. L'émigration est importante, estimée à 751 245 personnes en 2015. Les revenus provenant des Haïtiens vivant à l'étranger représenteraient 35 % du PIB.

## SITUATION SANITAIRE ET SYSTÈME DE SANTÉ

En 2013, le taux de mortalité maternelle rapporté par le pays était, selon les estimations, de 157 décès pour 100 000 naissances vivantes. Selon les calculs de l'OMS, le taux de mortalité maternelle a chuté d'environ 630 décès pour 100 000 naissances vivantes durant la période 2005-2006 à 380 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2013. Malgré les différences entre les méthodes et les calculs, on constate une diminution marquée de cet indicateur.

La couverture des accouchements assistés par des personnels qualifiés est de 37,3 %. En 2013, seuls 43 % des établissements de santé proposaient des services d'aide à l'accouchement et 10 % pratiquaient des césariennes.

Entre 1990 et 2012, le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans est passé de 156 à 88 décès pour 1000 naissances vivantes et la mortalité infantile de 122 à 59 décès pour 1000 naissances vivantes. La mortalité est plus élevée chez les enfants nés de mères possédant un moindre niveau d'instruction et économique.

Entre 1990 et 2015, le taux brut de mortalité a diminué de 13,1 à 8,2 décès pour 1000 habitants. Il existe peu de données disponibles sur les causes de décès car les registres des décès sont incomplets et inexacts. En 2004, on estimait à 32 % la part de décès dus à des signes et symptômes mal définis et à 20 % la part due à des maladies du système circulatoire.

L'épidémie de choléra a débuté en Haïti au dernier trimestre 2010 ; la maladie est aujourd'hui endémique. Au cours de l'année 2015, 36 045 cas ont été enregistrés. Le virus chikungunya est apparu en 2014, avec près de 70 000 cas présumés cette même année. Au cours des dix premiers mois de 2015, 3 036 cas de maladie à virus Zika ont été notifiés.

La filariose lymphatique est endémique en Haïti. Le paludisme est aussi endémique et présente des flambées épidémiques après les saisons des pluies. Les cas annuels confirmés ont diminué, qui sont passés de 37 799 en 2010 à 17 583 en 2015.

Le Programme élargi de vaccination a augmenté sa couverture durant ces dernières années, mais celle-ci demeure limitée. L'année 2014 marque la vérification de l'élimination de la rougeole, de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale.

La prévalence de l'infection au virus de l'immunodéficience humaine (VIH) chez les adultes de 15 à 49 ans est de 2,2 %. La riposte au VIH sur le plan national s'est intensifiée au cours des dernières années et l'incidence de l'infection continue de décliner, avec une baisse de 27 % entre 2004 et 2014. Entre 2008 et 2014, le nombre de décès annuel dus au sida a diminué de plus de moitié (7 800 et 3 800 décès, respectivement).

Au cours de l'année 2015, 16 431 cas de tuberculose ont été enregistrés. En 2012, le taux de mortalité causée par la tuberculose était estimé à 25 décès pour 100 000 habitants.

Entre 1995 et 2012, la prévalence de la dénutrition chronique chez les enfants a été réduite de 38,1 % à 21,9 %. La dénutrition aiguë a diminué, de 9,4 % à 5,1 %, et l'insuffisance pondérale est passée de 27,5 % à 11,4 %. En



2012, on a constaté de l'anémie chez 65 % des enfants âgés de 6 à 59 mois et chez 49 % des femmes en âge de procréer.

La Politique nationale de santé (2012) est le cadre d'exécution de l'action gouvernementale en matière de santé pour les 25 prochaines années ; le Plan directeur de santé 2012-2022 établit au rang des interventions prioritaires le renforcement institutionnel, la prestation de services et l'aide sanitaire pour aborder les problèmes sanitaires prioritaires, la gestion des catastrophes, l'assainissement, la santé et enfin la protection de l'environnement.

Le réseau officiel de prestation de services de santé, structuré autour des 10 départements sanitaires et des 42 unités d'arrondissements de santé, compte plus de 900 institutions (38 % publiques, 42 % privées et 20 % mixtes).

Le premier niveau compte environ 800 centres de santé de premier et second échelons et 45 hôpitaux communautaires de référence. Le deuxième niveau compte 10 hôpitaux départementaux et le troisième est composé des hôpitaux universitaires et de quelques établissements spécialisés.

Le secteur privé occupe une place importante, surtout dans l'aire métropolitaine. Il comprend des établissements à but lucratif ou non et entretient peu de relations avec le secteur public. La population a largement recours à la médecine traditionnelle.

La part du PIB correspondant aux dépenses totales de santé a augmenté, elle est passée de 5,3 % en 1995 à 9,4 % en 2013. Les dépenses totales de santé par habitant en 1995 étaient inférieures à US\$ 100 et sont passées à US\$ 229 en 2014.

En 2014, 34,8 % des dépenses directes de santé provenaient des ménages, ce qui constitue un manque de protection financière contre les risques de santé. En 2012, deux patients pauvres sur trois ne consultaient pas en raison d'un manque d'argent.

En 2016, le pays comptait 23 344 professionnels de santé. Pour 10 000 habitants, il recense 1,4 médecin et 1,8 infirmier dans le secteur public et 1,0 médecin et 2,1 infirmiers dans le secteur privé. La disponibilité de ces personnels est inégale entre les départements du pays.

## RÉALISATIONS, DÉFIS ET PERSPECTIVES

Depuis 1990, le pays a accompli des progrès sur le plan de la santé, dont la réduction de la mortalité maternelle et infantile et l'augmentation de la couverture vaccinale.

Parmi les principaux défis on relève la vulnérabilité de l'environnement physique et humain, l'accès aux services de santé de qualité, la prévention et la lutte contre les maladies chroniques non transmissibles et la capacité de réaction du secteur santé face aux catastrophes et urgences de santé.



## POINTS SUPPLÉMENTAIRES

Depuis le séisme de 2010, le ministère de la Santé a mis en place un modèle rénové d'organisation communautaire pour les soins de santé afin d'élargir l'accès à la santé. Son organisation est fondée sur la stratégie des soins de santé primaires et sur un réseau intégré de services de santé. Ce modèle a été mis en œuvre à titre de projet pilote dans la localité de Carrefour.

Au plan des opérations, les institutions sanitaires de premier niveau ont constitué un réseau pour assurer la coordination entre elles, un comité municipal de santé a été créé et des agents de santé communautaires polyvalents ont été engagés et formés. Ensuite, ils ont été dépêchés dans les collectivités avec pour mandat d'intervenir très précisément à l'intérieur d'un territoire et d'une population cible.

Une équipe de santé familiale, composée d'un médecin et de deux infirmières, a assuré la planification et la supervision des activités des agents de santé communautaires. Ces activités sont l'identification et le recensement précis de la population de leur ressort, la réalisation de visites à domicile et d'activités de prévention et de promotion de la santé et un travail hebdomadaire dans le réseau d'établissements de santé.

Les effets positifs de l'expérience d'application de ce modèle à Carrefour ont mis à jour une amélioration notable de la couverture vaccinale chez les enfants de moins de 1 an, l'augmentation des consultations aux fins de planification

familiale et les soins obstétricaux en milieu institutionnel, ce qui a conduit le ministère à élargir le modèle à d'autres communes du pays.

Le ministère a élaboré son plan directeur de santé pour orienter la gestion des services de santé à travers le pays tout entier.

Les ressources humaines pour la santé demeurent un important défi pour Haïti ; le pays ne compte aucune politique de ressources humaines pour la santé.

La création du système national unique d'informations pour la santé a permis au ministère de la Santé d'œuvrer en direction d'une harmonisation de la production de données, de la disponibilité continue d'informations fiables et globales sur l'état de santé de la population et de la réponse aux besoins d'information de ses partenaires.

Il est nécessaire de définir les interventions prioritaires les plus efficaces en considérant la capacité réelle du pays au niveau du financement et l'application des stratégies identifiées tout en améliorant la coordination entre les interventions.

Il convient d'augmenter les crédits du budget national affectés au secteur de la santé afin d'assurer la pérennité des programmes et la mise en œuvre effective des stratégies de protection sociale.



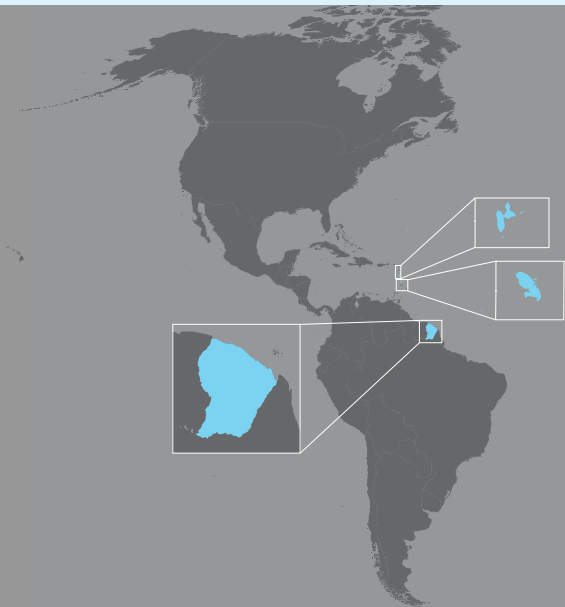
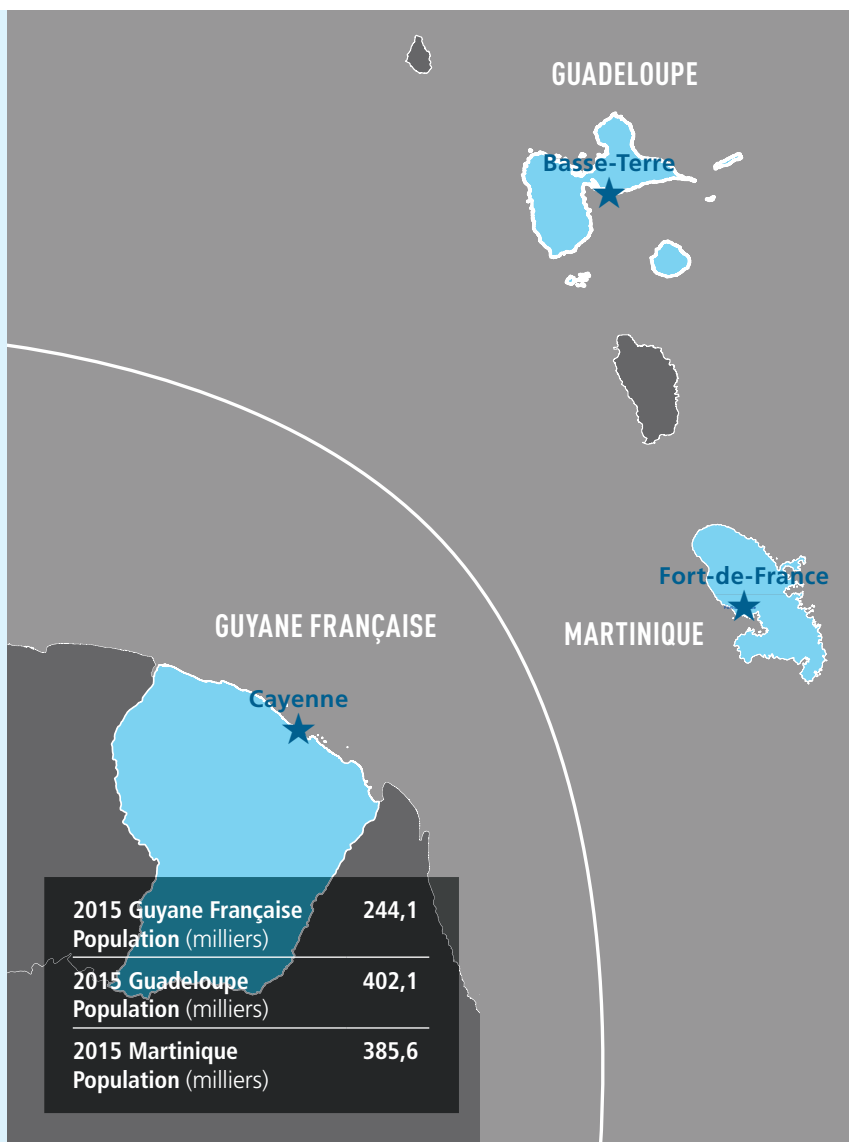


# GUYANE FRANÇAISE, GUADELOUPE, ET MARTINIQUE

## INDICATEURS DE BASE SÉLECTIONNÉS

1990-2015

		Guyane Année Française	Guadeloupe	Martinique
<b>Revenu national brut PPA</b> (milliers USD)	...	...	...	...
<b>Indice de développement humain</b>	...	...	...	...
<b>Moyenne des années de scolarité</b>	...	...	...	...
<b>Population qui utilise des installations d'eau potable améliorées (%)</b>	2015	92,0	99,0	100,0
<b>Population qui utilise des installations d'assainissement améliorées (%)</b>	2015	92,0	97,0	92,0
<b>Espérance de vie à la naissance</b> (années)	2014	79,9	81,5	82,1
<b>Mortalité infantile</b> (pour 1 000 naissances vivantes)	2013	8,2	8,4	8,2
<b>Mortalité maternelle</b> (pour 100 000 naissances vivantes)	2013	16,4	17,3	21,7
<b>Incidence de la tuberculose</b> (pour 100 000 habitants)	2013	28,0	4,5	3,8
<b>Mortalité due à la tuberculose</b> (pour 100 000 habitants)	...	...	...	...
<b>Couverture du vaccin antirougeoleux (%)</b>	...	...	...	...
<b>Couverture des soins obstétricaux assistés par des personnels qualifiés (%)</b>	2014	...	100,0	99,9



La Guadeloupe, la Guyane française et la Martinique sont des territoires français d'outre-mer de la Région des Amériques ; ils font partie intégrante de la France depuis 1946. Ils partagent certaines caractéristiques avec certaines petites îles des Caraïbes, mais leur division politique et administrative en départements et en régions reflète celle du reste de la France.

L'archipel de la Guadeloupe est le plus grand des deux territoires insulaires et s'étend sur 1703 km<sup>2</sup>. Il regroupe la Guadeloupe même (avec deux étendues de terre distinctes, soit Basse-Terre et Grande-Terre, séparées par un bras de mer), les îles de Marie-Galante, des Saintes, de la Désirade et de Saint-Barthélemy, ainsi que la collectivité de Saint-Martin (partie française de l'île de Saint-Martin). La Martinique s'étend sur 1128 km<sup>2</sup> et la Guyane française sur 83 534 km<sup>2</sup>.

La Guadeloupe et la Martinique jouissent d'un climat tropical et sont souvent secouées par des tempêtes tropicales entre les mois de juillet et octobre ; la Guyane française a un climat équatorial et 95 % de son territoire comprend une épaisse forêt amazonienne quadrillée par des rivières de débit divers. La population des territoires est constituée d'une grande mosaïque ethnique (des groupes d'ascendance amérindienne, africaine, blanche, indienne ou autres). En 2015, la Guadeloupe et la Martinique recensaient une population de taille comparable (402 118 et 385 551, respectivement ; la Guyane française comptait 244 118 habitants).

En 2014, l'espérance de vie à la naissance en Martinique était de 83,9 ans pour les femmes et de 78,1 ans pour les hommes ; en Guadeloupe, ces chiffres étaient de 83,4 et de 76,1 respectivement, tandis qu'en Guyane française ils étaient de 83,1 et de 76,7, respectivement. En 2015, le produit intérieur brut par habitant s'élevait à 22 571 € en Martinique, à 20 163 € en Guadeloupe et à 16 645 € en Guyane française.

## DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ

En Guadeloupe, 19 % de la population est pauvre, contre 21 % en Martinique et 44 % en Guyane française.

En 2015, le taux de chômage était de 22,3 % en Guyane française, de 23,7 % en Guadeloupe et de 19,4 % en Martinique. Les groupes d'âge les plus frappés par ce phénomène étaient les jeunes et les femmes.

La fréquentation de l'école est obligatoire entre 6 et 16 ans.

La vulnérabilité aux catastrophes naturelles est élevée (surtout les tremblements de terre, les tempêtes tropicales et les éruptions volcaniques).

En 2008, la France a instauré un système de solidarité qui offre à la population un minimum de ressources, l'accès à certaines prestations sociales et une aide à l'insertion sociale ou professionnelle. Les bénéficiaires de ce système représentent 26,4 % de la population dans les départements d'outre-mer.

La Guyane française souffre de contraintes majeures en matière de couverture de l'accès à l'eau potable, surtout dans l'intérieur du territoire et dans les zones urbaines marginalisées, ce qui est lié à une plus forte incidence des maladies entériques.

En Guyane française, l'extraction de l'or entraîne des problèmes écologiques dont la contamination de l'eau,

le déboisement, la dégradation de la vie sauvage et la transmission du paludisme.

En 2013, les migrants représentaient 1,8 % de la population en Martinique, contre 5 % en Guadeloupe et 33 % en Guyane française.

## SITUATION SANITAIRE ET DU SYSTÈME DE SANTÉ

Les deux principales causes de décès maternel sont l'hémorragie durant l'accouchement et l'hypertension.

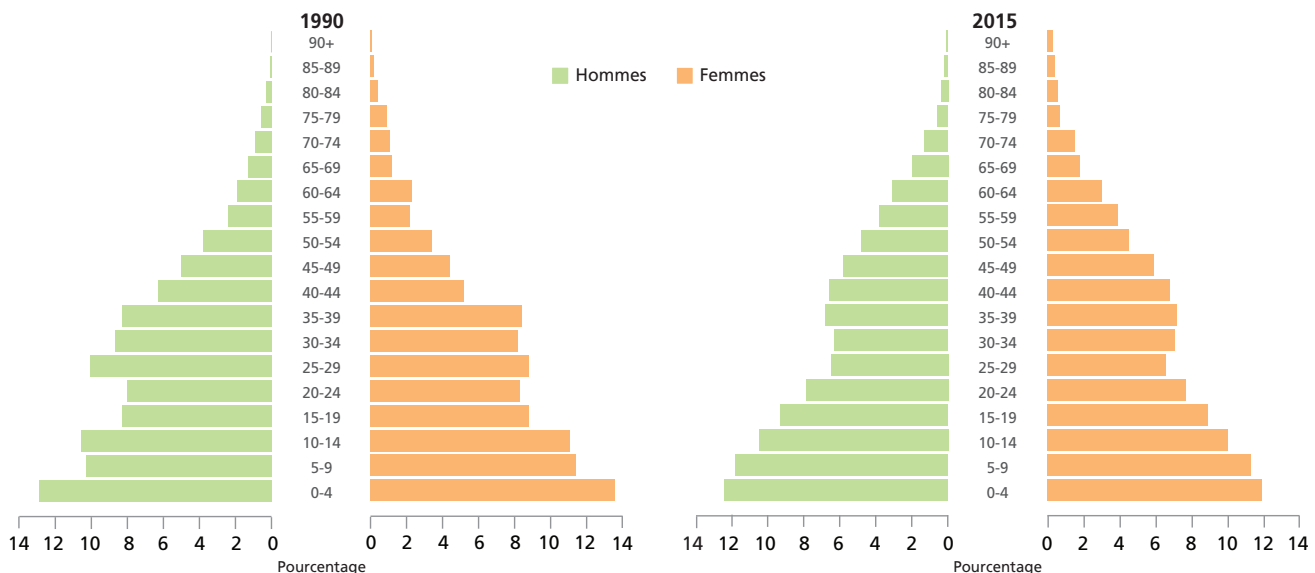
En 2015, le taux de mortalité infantile était de 7,6 % décès pour 1000 naissances vivantes en Martinique, contre 8,1 en Guadeloupe et 9,9 en Guyane française. Entre 10 % et 12 % des naissances sont prématurées.

En 2013, 6 600 décès ont été enregistrés dans les trois départements. Les principales catégories de causes de décès étaient les tumeurs, les maladies cardiovasculaires et les signes et symptômes non classés (qui atteignent 18,3 % en Guyane française et 13,4 % en Guadeloupe).

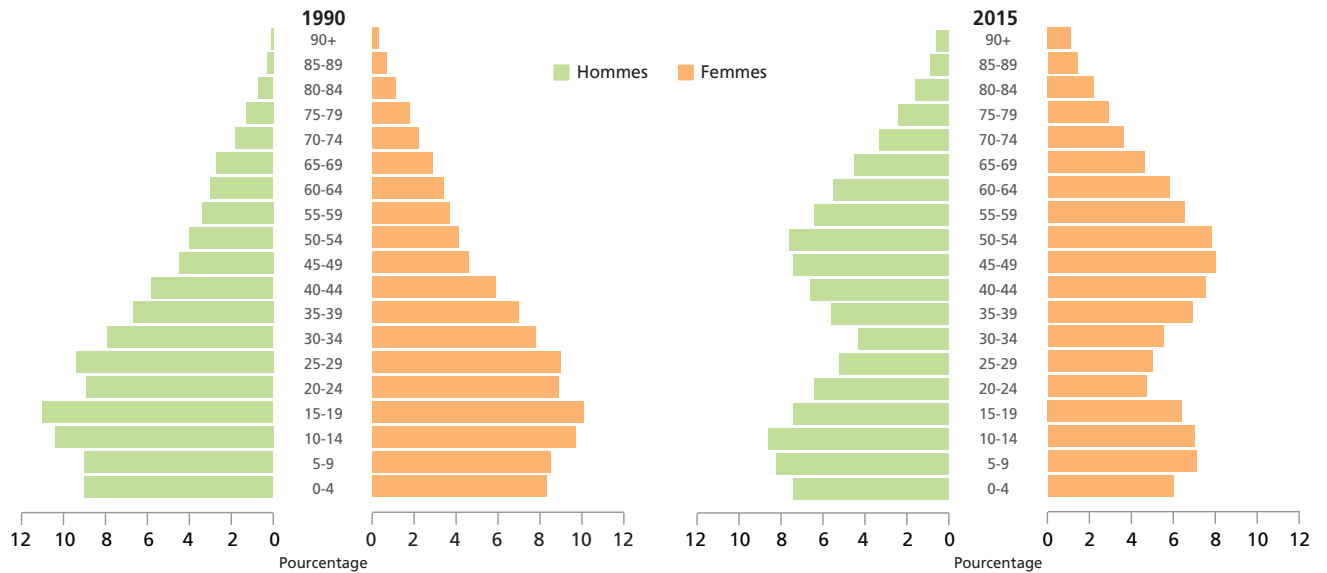
La Martinique et la Guadeloupe rapportent moins de 10 cas importés de paludisme par an, mais cette maladie est endémique en Guyane française, où 434 cas ont été enregistrés en 2015.

Entre 2000 et 2009, 192 cas de maladie de Chagas ont été enregistrés en Guyane française, mais aucun cas n'a été enregistré en Guadeloupe ou Martinique.

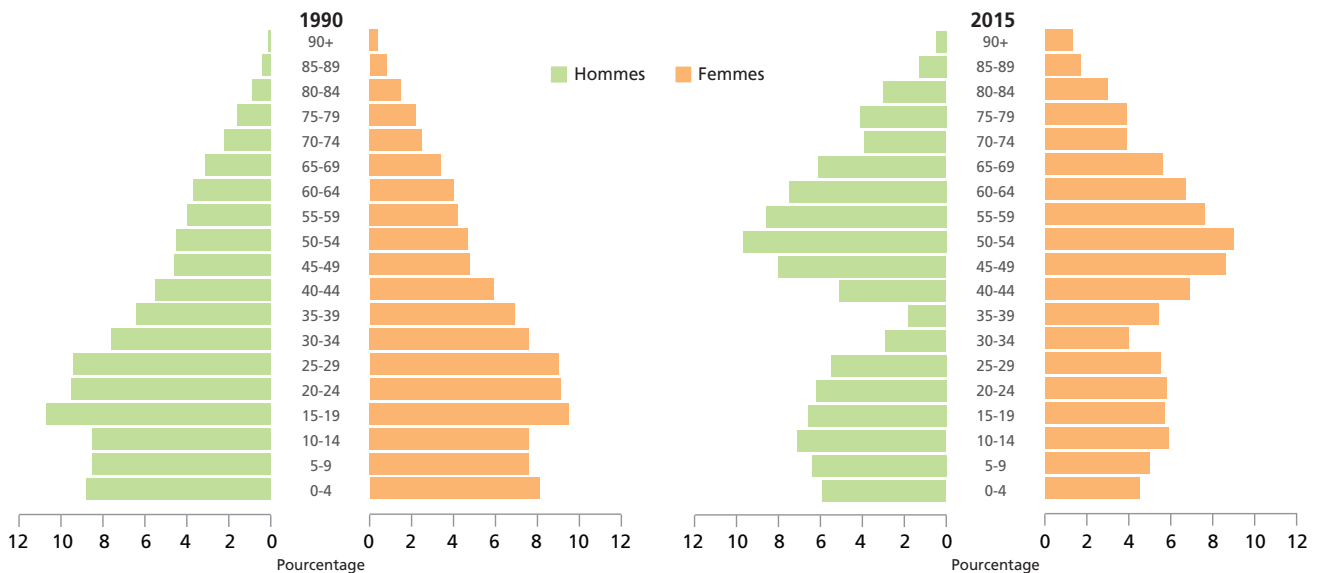
## Structure de la population de la Guyane française selon l'âge et le sexe, 1990 et 2015



### Structure de la population de la Guadeloupe selon l'âge et le sexe, 1990 et 2015



### Structure de la population de la Martinique selon l'âge et le sexe, 1990 et 2015



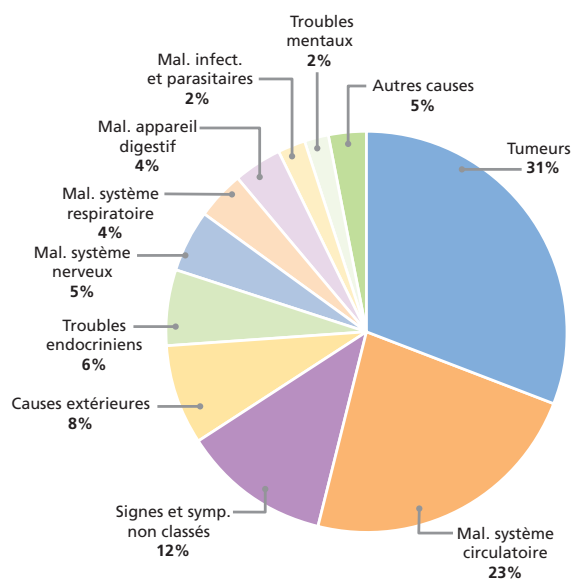
Aucun cas de poliomyélite, de diphtérie ou de tétanos néonatal n'a été notifié depuis plusieurs dizaines d'années. La rougeole et la rubéole ont été déclarées éliminées dans les départements.

La dengue est endémique dans les trois départements et le paludisme est très répandu dans l'intérieur de la Guyane française. Les trois départements connaissent de fréquentes

épidémies qui causent plusieurs cas graves et même des décès (la létalité varie entre 0,03 % et 0,06 %).

Le virus du chikungunya a été introduit fin 2013 et a provoqué une épidémie qui a donné lieu à 72 500 consultations en Martinique contre 81 200 en Guadeloupe et 320 dans la collectivité de Saint-Martin. Le virus Zika a circulé dans les trois départements, avec 16 syndromes congénitaux associés en

## Mortalité proportionnelle (% décès totaux, tous âges confondus, les deux sexes), 2013



Note: Décès totaux notifiés en Guadeloupe, Guyane française et Martinique, 2014.

Guyane française, 6 en Guadeloupe et 18 en Martinique en début d'année 2017.

La lèpre est endémique. En 2015, 21 cas ont été enregistrés en Guyane française, 5 en Guadeloupe mais aucun cas en Martinique.

En 2013, le taux d'incidence de la tuberculose était de 4,5 cas pour 100 000 habitants, et variait entre 4,5 en Guadeloupe, 3,8 en Martinique et 28,0 en Guyane française.

En 2013, 907 nouveaux cas d'infection au VIH ont été enregistrés en Guyane française, contre 240 en Guadeloupe et 225 en Martinique. Grâce à la disponibilité de médicaments antirétroviraux, le taux de mortalité causée par le sida est relativement faible et stable.

En 2011, la Guadeloupe et la Martinique ont enregistré 69,4 et 60,9 cas de leptospirose pour 100 000 habitants, respectivement. Lors des trente dernières années, des cas de leptospirose en Guyane française ont été couramment diagnostiqués.

Les maladies chroniques non transmissibles sont les infections les plus courantes au sein de la population et les maladies cardiovasculaires la principale cause de décès en Guadeloupe et en Guyane française.

En 2014, la prévalence du diabète a varié entre 10 % et 11 % et augmentait avec l'âge. La part de la population en surpoids ou obèse est en augmentation en Guadeloupe et en Martinique.

Entre 2003 et 2004, la prévalence de l'hypertension artérielle au sein de la population âgée de 16 ans ou plus était de 22 % (20 % chez les hommes et 25 % chez les femmes) et augmentait avec l'âge, atteignant 65 % chez les personnes âgées de 65 ans et plus.

Chaque année, on enregistre environ 1 300 décès dus à des tumeurs malignes. Chez les hommes, les formes les plus communes sont le cancer de la prostate et le cancer du côlon. Chez des femmes, les plus communes sont le cancer du sein, le cancer du côlon et le cancer du col de l'utérus.

En 2015, on a recensé 40 décès en rapport avec des accidents de la route en Guadeloupe, contre 29 en Martinique et 28 en Guyane française.

En 2014, la consommation quotidienne de tabac chez les personnes de plus de 16 ans était de 15 % en Martinique, de 12 % en Guyane française et de 12 % en Guadeloupe.

L'Agence régionale de santé (ARS) est chargée de mettre en œuvre les politiques sanitaires dans chacun des départements français. Les complexes hospitaliers et les cliniques privées sont les établissements où les soins de santé sont dispensés.

La France compte un mécanisme de couverture sanitaire universelle de base qui donne accès à une assurance maladie à toute personne qui habite dans le pays depuis au moins trois mois et qui n'est pas couverte par d'autres moyens. Les frais au moment des soins sont faibles et en grande partie remboursés par la sécurité sociale.

Le mécanisme prévoit également une couverture supplémentaire qui, à la différence de l'assurance maladie universelle de base, assure des soins médicaux supplémentaires gratuitement. Ce genre d'assurance supplémentaire est destiné à couvrir les populations les plus démunies.

Un fort pourcentage de la population des trois départements français est couvert par ces régimes fondamentaux et supplémentaires d'assurance maladie.

La Guyane française dispose de centres de santé de soins primaires qui sont conçus pour soigner des personnes géographiquement isolées et difficilement accessibles ; ces personnes représentent 20 % de la population.

Les dépenses annuelles par habitant sont d'environ 2 000 € en Martinique, contre 1 800 € en Guadeloupe et 1 400 € en Guyane française.

La rareté et la répartition inégale des professionnels de santé est plus grave en Guyane française, qui souffre d'une insuffisance de médecins généralistes et de spécialistes, tant dans les hôpitaux que dans les structures ambulatoires.

En Guyane française, l'accès aux soins de santé est entravé encore plus par des facteurs géographiques et des difficultés pour la population de se déplacer vers des lieux qui, de surcroît, disposent de peu de centres de secours et de personnels de santé.

## RÉALISATIONS, DÉFIS ET PERSPECTIVES

L'état de santé de la population s'est amélioré au cours des 30 dernières années. En Guadeloupe, les principaux indicateurs révèlent une amélioration au cours des vingt dernières années, avec une diminution de la mortalité infantile, une amélioration générale du niveau de vie et des progrès réalisés au titre de la prise en charge médicale et de la prestation des services de santé.

Malgré les avancées en matière de santé, des problèmes persistent, dont l'hypertension artérielle, les accidents vasculaires cérébraux, le diabète et les troubles mentaux.

La population de la Martinique et de la Guadeloupe a une espérance de vie à la naissance et une durée de vie plus longues qu'en Guyane française mais ces deux départements connaissent des problèmes de santé publique croissants en raison du vieillissement, principalement les maladies chroniques non transmissibles.

Les zoonoses demeurent une source de préoccupation dans les trois départements, surtout en Guyane française, ainsi que l'infection au virus de l'immunodéficience humaine.

En mai 2016, le ministère de la Santé et le ministère des Outre-mer ont publié une stratégie de santé pour les outre-mer qui établit cinq grands axes prioritaires généraux de santé publique.

La promotion de la santé est devenue une priorité dans la stratégie de santé ainsi que la prévention et l'éducation.



### POINTS SUPPLÉMENTAIRES

Les trois départements, qui appartiennent à la France, sont dotés d'un système efficace de sécurité sociale et de couverture sanitaire universelle de base, en sus de solides systèmes d'assurance maladie complémentaires fondés sur le principe de la solidarité.

En 2016, la stratégie de santé pour les outre-mer formulée par le ministère de la Santé et le ministère des Outre-mer a établi cinq axes prioritaires de santé publique : a) renforcer la prévention pour mieux lutter contre les inégalités de santé, b) améliorer la surveillance sanitaire et la gestion des risques sanitaires, c) mieux répondre aux besoins des citoyens dans le champ de l'autonomie, d) renforcer l'efficacité du système de santé et e) renforcer l'accès aux droits.

Les Comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté en Guadeloupe et en Martinique contribuent à la promotion de la santé, l'une des priorités de la stratégie de santé.

De plus, de nombreuses associations interviennent dans ce domaine, dont des organismes à l'échelle nationale, des arrondissements et des communes, ainsi que des groupes de défense des patients ; ils remplissent une fonction essentielle de partenaires dans la prévention des maladies et contribuent par leurs connaissances spécialisées au traitement de maladies comme le VIH/sida, la toxicomanie, la drépanocytose et le cancer.





***La santé dans les Amériques+ 2017*, la publication phare de l'Organisation panaméricaine de la santé, présente les progrès et les défis en matière de santé dans la Région des Amériques depuis l'édition précédente de 2012. Cette édition comporte les profils de la situation sanitaire de chacun des pays et territoires de la Région, fondés sur les données compilées les plus récentes. Le livre imprimé comprend un résumé des réalisations et des obstacles, qui sont entièrement détaillés dans la plateforme interactive en ligne. L'ensemble complet de *La santé dans les Amériques+ 2017* brosse un tableau global de la santé à l'échelle régionale. Il aborde notamment la santé universelle et les principaux problèmes et réalisations dans le domaine de la santé au cours des cinq dernières années. Cette édition intègre aussi une dimension prévisionnelle en projetant les tendances actuelles pour anticiper les scénarios et problèmes potentiels que nous devons aborder alors que nous procédons à l'élaboration d'un programme de santé commun pour la Région, en harmonie avec le programme mondial à l'horizon 2030.**

*La santé dans les Amériques+ 2017* offre des perspectives intéressantes et des analyses concernant les enjeux et les opportunités majeurs de santé auxquels notre Région doit faire face aujourd'hui. Nous formulons le vœu que ces conclusions soient utilisées par les pays pour élaborer et affiner les cadres de santé qui permettront à chacun d'atteindre les plus hauts niveaux d'excellence possibles.

—Carissa F. Etienne, Directrice

[www.paho.org/hia2017](http://www.paho.org/hia2017)



Organisation  
panaméricaine  
de la Santé



BUREAU RÉGIONAL DES

Organisation  
mondiale de la Santé  
Amériques

ISBN: 9789275219683



9 789275 219683