



ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ  
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ



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

Washington, D.C., ÉUA, 29 septembre 2006

---

*Point 5.1 de l'ordre du jour provisoire*

CE139/5 (Fr.)  
24 septembre 2006  
ORIGINAL: ESPAGNOL

### **AGENDA DE LA SANTÉ POUR LES AMÉRIQUES 2008-2017 Proposition pour discussion régionale**

La Directrice a le plaisir de transmettre au Comité exécutif la version provisoire de l'Agenda de la santé pour les Amériques 2008-2017. Le présent document est le résultat des efforts des sept États Membres participant au Groupe de travail de l'Agenda de la santé, et il constitue une version provisoire uniquement destinée à la discussion; son but n'est pas à ce point d'être cité ou d'être utilisé comme base de formulation des politiques.

Le Comité exécutif est prié de faire ses commentaires sur cette version provisoire et de formuler des observations générales concernant les concepts et les domaines d'action qui y sont décrits. Dans la période qui suit la présente session du Comité exécutif, la version provisoire sera améliorée à partir de vos commentaires, et sera ensuite disséminée dans l'ensemble de la Région dans le cadre d'un vaste processus consultatif qui durera sept mois. Après la fin de ce processus, l'Agenda de la santé pour les Amériques sera lancé par les Ministres de la Santé de la Région au milieu de l'année 2007.

## **I. ÉNONCÉ DE L'INTENTION**

1. Les gouvernements de la Région des Amériques établissent conjointement le présent Agenda de la Santé dans le but d'orienter l'action collective des associés nationaux et internationaux intéressés à contribuer à l'amélioration de la santé des populations de cette Région au cours de la prochaine décennie.

2. Les gouvernements réitèrent leur compromis envers une vision d'une région plus saine, plus équitable en ce qui concerne les aspects de la santé, qui apporte des améliorations dans les déterminants de la santé et dans l'accès aux services et aux biens individuels et de santé publique. Une région dans laquelle chaque personne, chaque famille et chaque communauté a l'opportunité de se développer au maximum de ses possibilités.

3. L'Agenda de la santé des Amériques est une réponse aux besoins de santé de nos populations et témoigne du compromis de chacun des pays à travailler ensemble, dans une perspective régionale et dans la solidarité en faveur du développement de la santé dans la Région.

4. Cet Agenda est l'instrument politique au niveau le plus élevé des aspects de la santé. L'Agenda définit les grands domaines d'action, dans le but de reprendre les engagements pris par les États dans les fora internationaux et de renforcer la réponse pour s'acquitter efficacement de leurs engagements.

5. L'Agenda incorpore et complète l'agenda global compris dans le onzième Programme général de travail de l'Organisation mondiale de la Santé, approuvé par les États Membres à l'occasion de la 59<sup>e</sup> Assemblée mondiale de la Santé en mai 2006. Il s'aligne également sur les Objectifs de la déclaration pour le millénaire.

6. L'Agenda orientera l'élaboration des futurs plans nationaux de la santé et les plans stratégiques de toutes les organisations intéressées à coopérer en santé avec les pays des Amériques, y compris le Bureau sanitaire panaméricain. L'évaluation des domaines d'action définis dans cet Agenda se fera à travers l'évaluation de l'accomplissement des objectifs de ces plans.

7. Les Gouvernements des Amériques soulignent l'importance du fait que les associés qui travaillent pour la santé et les institutions bénéficient d'un agenda de la santé concis, flexible, dynamique et de haut niveau qui oriente leurs actions, facilite la mobilisation des ressources et influe sur les politiques de la santé dans la Région.

## II. PRINCIPES ET VALEURS

8. L'Agenda s'inscrit dans le respect des principes et valeurs suivants et l'adhésion à ces principes et valeurs :

9. Droits humains, universalité, accessibilité et inclusion. La Constitution de l'OMS signale que : « le droit de tout être humain à jouir de la plus haute qualité de santé accessible est l'un des droits fondamentaux sans distinction de race, de religion, d'idéologie politique, de condition économique ou sociale.... » Afin que ce droit devienne réalité, les pays doivent réussir à atteindre l'universalité, l'accessibilité et l'inclusion dans les systèmes de santé qui existent pour les personnes individuelles, les familles et les communautés.

10. Solidarité panaméricaine. La solidarité, définie comme la collaboration en vue du progrès des intérêts des responsabilités partagées pour atteindre des objectifs communs, est fondamentale pour le développement de la santé dans la Région. Ceci est particulièrement important pour arriver à bout des inégalités et également pour la sécurité sanitaire panaméricaine dans des conditions de crises, d'urgences et de catastrophes.

11. Équité en santé. Les pays des Amériques s'efforcent d'éliminer les inégalités évitables, injustes et remédiables en santé, parmi les populations ou les groupes définis par leur condition sociale, économique, démographique, ethnique ou géographique. L'équité entre les sexes, comprise en tant que réponse appropriée aux besoins de santé différenciés des hommes et des femmes, est fondamentale pour la réduction de l'inégalité en santé.

12. Participation. La participation sociale à la définition et l'application des politiques publiques et à l'évaluation de leurs résultats, revêt une importance cruciale pour le développement et la mise en œuvre de l'Agenda de la santé.

## III. TENDANCES DE LA SITUATION DE LA SANTÉ DANS LES AMÉRIQUES

### A. *Tendances du contexte*

13. Considérant les preuves existantes concernant l'importance des *déterminants sociaux* de la santé comme variables qui expliquent le gradient de la situation de la santé d'une région ou d'un pays,<sup>1</sup> il est nécessaire de réviser la situation des principaux indicateurs socio-économiques dans la description des tendances de la situation de la

---

<sup>1</sup> Commission on Social Determinants of Health. Action on the social health determinants: learning from previous experiences. Genève: OMS, 2005.

santé qui illustrent l'Agenda de la santé pour les Amériques. Au cours de la période 2001-2005, le produit intérieur brut par habitant de la Région d'Amérique latine et des Caraïbes est monté à 4,2%<sup>2</sup> et la pauvreté a baissé de 42,5% à 41% de la population, ce qui signifie que le nombre de personnes vivant dans cette condition est passé de 207 millions en 2000 à 213 millions en 2005. Cette Région se situe parmi les plus inégales au monde en ce qui concerne la distribution de la richesse<sup>3</sup>.

14. Les inégalités en santé ont une relation avec les déterminants socio-économiques. Les pays dotés d'un meilleur niveau économique ont en général une espérance de vie plus longue que les pays plus pauvres; cependant, les différences dans l'espérance de vie se réduisent lorsque l'on considère la distribution des revenus. Les pays dont la distribution des revenus est plus équitable atteignent des niveaux d'espérance de vie qui sont comparables, et parfois même supérieurs, à ceux d'autres pays qui tout en étant plus riches, ont une distribution des revenus plus inégale<sup>4</sup>.

15. La croissance démographique a diminué dans tous les pays d'Amérique.<sup>5</sup> En ce qui concerne la structure de la population, les tendances à l'augmentation de la proportion des personnes âgées de plus de 60 ans<sup>6</sup> imposent la nécessité de répondre aux changements du profil épidémiologique, apparentés à une population qui vieillit. Même quand des différences marquées entre les pays sont observées, la croissance des zones urbaines s'est intensifiée, entraînant par conséquent un accès plus marqué aux services de base et à l'assainissement.<sup>7</sup> Toutefois, l'urbanisation s'est apparentée à une massification des modes de consommation et des styles de vie, à la détérioration des réseaux sociaux de soutien, au sédentarisme, à l'obésité, à l'abus de drogues et à l'augmentation des accidents et de la violence.

16. L'amélioration de l'accès de la population à l'éducation se reflète dans l'élévation du niveau d'alphabétisation, qui est passé de 88% à 93,7% entre 1980 et 2005, ainsi que dans les augmentations variables de la scolarité dans la plus grande partie des pays. La

---

<sup>2</sup> CEPAL. Annuaire statistique d'Amérique latine et des Caraïbes. 2005.

<sup>3</sup> CEPAL. Panorama social d'Amérique latine 2005. LC/G.2288-P/E. Novembre 2005.

<sup>4</sup> À la fin de 1990, l'espérance de vie à la naissance a affiché un gradient à la baisse entre les groupes de population plus riches et les plus pauvres, avec une différence de 9,8 ans (75,6 et 65,8, respectivement). En 2000, selon les calculs, l'espérance de vie à la naissance se situait entre 54,1 et 79,2 ans dans les pays de la Région, avec une différence de plus de 25 ans entre les pays dont l'espérance de vie à la naissance était plus longue que les pays où elle était plus courte. Entre 1950-1955 et 1995-2000, la différence dans l'espérance de vie entre les hommes et les femmes a augmenté de 3,3 à 5,7 ans en Amérique latine, de 2,7 à 5,2 ans dans les Caraïbes et de 5,7 à 6,6 ans en Amérique du Nord.

<sup>5</sup> La croissance varie entre 0,4% dans les Caraïbes non hispaniques et 2,1% en Amérique centrale.

<sup>6</sup> World Population Aging 1950-2050. Population Division. Department of Economic and Social Affairs. Nations Unies 2002

<sup>7</sup> La proportion de la population qui habite les zones urbaines va de 53,2% en Amérique centrale à 89,9% dans le Cône Sud. En moyenne, la population urbaine a augmenté de 68,8% en 1980 à 78,8% en 2005.

couverture de l'éducation est plus importante pour les hommes que pour les femmes, en particulier dans les zones rurales, et sa qualité est nettement différenciée conformément au niveau de revenus des familles. Par conséquent, les possibilités d'acquérir des comportements sains se réduisent, tout comme se limite par la suite l'accès à un travail de qualité et à de meilleures conditions de vie.

17. Le milieu ambiant de la Région a subi une détérioration croissante provoquée par la pollution de l'air, des eaux et des sols, outre les catastrophes naturelles et celles causées par l'homme. Les catastrophes naturelles, essentiellement celles causées par les ouragans, ont infligé de sérieux dommages dans les pays de l'Amérique centrale et des Caraïbes. Au cours des dix dernières années, au moins 20 catastrophes naturelles importantes ont affecté plus de 17 millions d'habitants, causant plus de 50 000 décès. En ce qui concerne l'assainissement, 93% de la population sont couverts par les services d'eau potable, mais il reste d'importants déficits d'eau salubre dans les zones rurales. La situation est moins favorable en ce qui concerne les excréments, l'évacuation des déchets ménagers résiduels, le traitement des eaux usées et l'hygiène alimentaire.

18. L'exclusion en santé dans la Région semble étroitement liée à la pauvreté, la marginalité, la discrimination (raciale, sociale et entre sexes), avec d'autres formes d'exclusion sociale et de modes culturels parmi lesquels peuvent entrer la langue, l'emploi informel, le chômage et le sous-emploi, l'isolement géographique, le niveau d'éducation et d'information des usagers des systèmes de santé. La situation en résumé : 218 millions de personnes sans protection contre les risques de la maladie par manque de couverture d'un type quelconque de sécurité sociale en santé; 100 millions de personnes ne peuvent pas accéder aux services de santé pour des raisons géographiques, des barrières de type économique et par manque d'établissements qui prodiguent des soins de santé près de leur foyer ou de leur lieux de travail.<sup>8</sup> En ce qui concerne les vaccinations, selon les estimations, 40% des municipalités d'Amérique latine et des Caraïbes n'atteignent pas l'objectif d'immunisation systématique de 95% des enfants de moins d'un an contre la polio et la diphtérie, le tétanos et la coqueluche, et au moins 800 000 enfants en Amérique latine n'ont pas été adéquatement protégés contre ces maladies à l'âge d'un an.<sup>9</sup>

---

<sup>8</sup> Panorama de l'exclusion de la protection sociale en santé en Amérique latine et dans les Caraïbes. Rapport de l'Organisation internationale du travail/Organisation panaméricaine de la Santé présenté à la Réunion régionale tripartite sur « L'extension de la protection sociale aux groupes exclus en Amérique latine et dans les Caraïbes ». Mexico, 29 nov.- 1<sup>er</sup> déc., 1999.

<sup>9</sup> Source : Rapports annuels des pays à l'Unité d'immunisation de l'OPS à travers les tableaux PEV/Formulaire conjoints pour la notification de l'OPS-OMS/UNICEF pour les Amériques (données 2005).

## B. *Tendances de la situation de la santé*

19. Le panorama régional de la santé se caractérise par la coexistence de dommages à la santé dus à des maladies transmissibles, dont certaines sont relativement sous contrôle, telles que la tuberculose et le paludisme, et d'autres maladies émergentes, telles que le VIH/SIDA<sup>10</sup>, avec des maladies de type chronique dégénératif et traumatique, celles qui ont remplacé les maladies transmissibles en tant que causes principales de décès et de maladie dans la totalité des pays<sup>11</sup>. Sont également apparues des menaces provenant des changements dans les caractéristiques d'agents tels que les virus de la grippe, dont les variantes pourraient donner lieu à une pandémie entraînant de graves conséquences.

20. En dépit du fait qu'au cours des dernières années il est possible de se rendre compte d'améliorations dans les principaux indicateurs de santé traditionnels<sup>12</sup>, la grande différence que montrent les indicateurs, tant entre les pays qu'à l'intérieur des pays, constitue la caractéristique principale de la situation de la santé dans la Région. Les inégalités en santé se manifestent par d'importantes différences dues à des raisons géographiques, d'âge, de sexe, d'ethnie, d'éducation et de distribution des revenus.<sup>13</sup> Les indicateurs disponibles pour les 45 millions de personnes qui forment les populations autochtones sont systématiquement pires que ceux concernant la population non autochtone.<sup>14</sup>

21. Les réussites dans la réduction de la mortalité précoce et évitable ont été obtenues dans une large mesure par des actions spécifiques du secteur de la santé, en particulier des soins de santé primaires, tels que l'augmentation de la couverture des immunisations, la planification familiale et la réhydratation orale. Même lorsque la mortalité maternelle a diminué, en 2005 la Région avait un taux de 71,9 pour 100 000 naissances vivantes. Ce taux monte à 94,5 lorsque l'on considère seulement l'Amérique latine et les Caraïbes, et il atteint la valeur maximale de 523 en Haïti et la valeur minimale de 13,4 au Chili<sup>15</sup>. Les grossesses d'adolescentes, en majorité non souhaitées, atteignent 20% du total des grossesses dans de nombreux pays et signifient un défi évident pour les futures mères et leurs enfants. Des causes évitables de décès, telles que le cancer utérin, les septicémies, la

---

<sup>10</sup> Dans les pays disposant d'un plus grand accès aux traitements antirétroviraux, la mortalité par le VIH/SIDA a commencé à régresser, mais la progression de l'épidémie se poursuit, avec une force plus intense dans les pays des Caraïbes.

<sup>11</sup> Certains auteurs ont créé le terme « polarisation épidémiologique » pour se référer à ce profil de morbidité.

<sup>12</sup> En Amérique latine et dans les Caraïbes, au cours de la période 1980-2005 la mortalité infantile a chuté de 56,6 à 24,8 pour 1000 naissances vivantes.

<sup>13</sup> Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes (CEPAL). Objectifs de développement pour le millénaire : un regard depuis l'Amérique latine et les Caraïbes. Santiago: CEPAL, 2005.

<sup>14</sup> OPS. La santé des populations autochtones des Amériques. CE138/13. 12 juin 2006.

<sup>15</sup> OPS. Indicateurs de base. 2005

malnutrition et les infections respiratoires aiguës, peuvent être réduites avec plus d'efficacité et avec la couverture des soins de santé primaires.

22. Dans de nombreux cas, les progrès que l'on peut obtenir avec des actions spécifiques du système de santé semblent arriver à leurs limites. Il est de plus en plus reconnu que les facteurs de risque des principales causes de maladie et de décès sur lesquels il faut intervenir, échappent au contrôle direct du secteur de la santé. Par exemple, les décès dus à des causes externes et à quelques morbidités (telles que les maladies cardiovasculaires, le diabète, les maladies pulmonaires obstructives chroniques, le VIH/SIDA) dépendent beaucoup des styles de vie et du comportement des personnes. Ainsi par conséquent, afin de progresser davantage en termes de réduction du fardeau des maladies évitables, il est nécessaire de réviser les grands déterminants et facteurs de risque des principaux problèmes de santé et d'agir sur eux. Pour cela, il est nécessaire d'analyser les preuves qui soutiennent les décisions politiques et alliances stratégiques, intersectorielles et interinstitutionnelles, en fonction de l'expérience internationale pour assurer l'efficacité de ces interventions.

23. En termes de la contribution de la santé à la réalisation de l'équité dans la distribution de la richesse, l'expérience montre que les interventions destinées à favoriser le développement maximum des potentialités de l'enfance, améliorent son accès à un emploi productif et peuvent donner lieu à des générations dotées d'une plus grande possibilité de mobilité sociale, cette dernière continuant à être sérieusement restreinte dans la majeure partie des pays de la Région.<sup>16, 17</sup>

### ***C. Tendances de la réponse des systèmes de santé***

24. En ce qui concerne les systèmes de santé, il n'a pas été possible de venir à bout de leur segmentation<sup>18</sup> et de sévères déficiences persistent dans la mise en application des politiques de financement de la santé. Il en ressort une situation de vulnérabilité élevée, dont témoigne le fait que certains pays font état d'un niveau de dépenses insuffisant dans la santé, que d'autres dépendent fortement des ressources extérieures et que les frais

---

<sup>16</sup> Banque mondiale. Preuves internationales des politiques de la petite enfance qui stimulent le développement infantile et facilitent l'insertion de la population active féminine. Document de travail 01/06 du Bureau pour l'Argentine, le Chili, le Paraguay et l'Uruguay. Banque mondiale, mai 2006.

<sup>17</sup> Bedregal P., Margozzini P. Y Molina H. Révision systématique de l'efficacité et du coût des interventions pour le développement biopsychosocial de l'enfance. Organisation panaméricaine de la Santé, Washington D.C., 2002.

<sup>18</sup> La segmentation est la coexistence de sous-systèmes dotés de modalités diverses de financement, d'affiliation et de provision, "spécialisés" conformément aux différents segments de la population, qui sont déterminés par leurs revenus et leur position économique. La segmentation se manifeste, que ce soit pour la provision ou l'assurance, dans un sous-système public axé sur les pauvres; dans le sous-système de sécurité sociale, spécialisé dans les travailleurs formels et leurs dépendants; et dans un sous-système privé à des buts lucratifs, concentré sur les segments plus riches de la population.

accessoires augmentent dans la majorité des pays. Tout cela affecte avec plus de force les populations plus pauvres. La modalité d'affectation des ressources est en général détachée des résultats et de la prestation des services et n'a pas privilégié les actions de santé publique.

25. La prestation des services de santé se caractérise par la prédominance d'un modèle curatif, axé sur les hôpitaux et sur les soins individuels, reléguant au deuxième plan les soins de santé primaires et les services de santé publique. Ce modèle se caractérise par un système de services fragmentés,<sup>19</sup> qui n'est pas efficacement orienté sur les nécessités des usagers, qui n'incorpore pas suffisamment la promotion de la santé et — quand il le fait — en appelle principalement aux femmes en espérant qu'elles offrent volontairement leurs services. Souvent il n'appuie pas ses décisions sur l'analyse des connaissances et la systématisation des expériences antérieures et il ne tient pas compte de la diversité culturelle existante.

26. Les processus de réforme du secteur de la santé impulsés au cours de la décennie des années 90 ont axé leurs efforts sur les aspects financiers et organisationnels, mettant en marge les aspects clés de la santé publique. Ces processus ont affaibli le rôle de l'État dans des domaines clés, et une détérioration soutenue de la capacité des ministères de la santé à exercer leur fonction de direction et de développement des fonctions essentielles de la santé publique a été enregistrée.

27. Aux environs de 2005, les dépenses nationales en santé de l'ensemble des pays de la Région d'Amérique latine et des Caraïbes ont représenté approximativement 6,8% du produit intérieur brut de la Région, ce qui équivaut à une dépense annuelle de US\$ 500 par habitant.<sup>20</sup> Environ 48 % de ces dépenses correspondaient aux dépenses publiques, qui comprennent les dépenses dans les services de soins de santé des institutions de santé du gouvernement central, des administrations locales, municipales et les dépenses des services de santé à travers les contributions obligatoires à des fonds de santé d'administration privée ou à des institutions de sécurité sociale. Les 52% restants correspondent à des dépenses privées, qui comprennent les frais accessoires. Dans l'acquisition de biens et de services de santé, et les services de santé consommés à travers des mécanismes d'assurances privées de santé ou des mécanismes de médecine prépayée.<sup>21</sup>

28. La rareté, la mauvaise distribution et le manque d'adéquation du personnel aux besoins de santé sont accentués par la migration des professionnels à l'intérieur du territoire national et l'émigration à des pays plus riches. La majorité des pays des

---

<sup>19</sup> La fragmentation est la coexistence de nombreuses unités ou entités non intégrées dans le réseau des services de santé. Cela limite la normalisation des contenus et un travail coordonné de complémentarité.

<sup>20</sup> Dollars ajustés à la parité du pouvoir d'achat – ppa.

<sup>21</sup> Base de données des dépenses en santé de l'OPS, 2006.



Amériques continue à être affectée par ce phénomène qui doit être affronté au niveau national et également dans le cadre interaméricain et mondial, du fait qu'un nombre important de pays de la Région ne disposent pas de personnel suffisant pour maintenir une couverture minimale (25 RH pour 10 000 habitants<sup>22</sup>), alors que d'autres groupes de pays ont cette disponibilité multipliée par cinq. La distribution des travailleurs de la santé est très inégale du fait que les zones urbaines ont de huit à dix fois plus de médecins que les zones rurales. Certains pays accusent des déséquilibres importants dans leur offre de capacités, avec très peu d'infirmières par médecin et un manque d'autres professionnels indispensables de la santé. Les femmes, qui représentent près de 70% de la population active en santé, sont minoritaires dans les fonctions de direction et sont les premières affectées par le chômage.

29. Le panorama des tendances de la santé et ses déterminants dans la Région des Amériques met en évidence la nécessité de développer des stratégies pour réduire l'inégalité qui existe entre les pays et à l'intérieur des pays. Ces stratégies doivent permettre de continuer à progresser dans la protection sociale de la population, au moyen de systèmes de santé fondés sur la stratégie des soins de santé primaires et des politiques publiques saines construites avec la participation de la communauté et menées par des autorités sanitaires solides et respectées. Dans cette perspective, le présent Agenda identifie huit domaines d'action.

#### **IV. DOMAINES D'ACTION : Un agenda de la santé pour les Amériques**

##### ***a) Renforcer l'autorité sanitaire nationale***

30. Pour obtenir des améliorations dans les tendances de la situation de la santé, l'autorité sanitaire nationale doit renforcer sa capacité institutionnelle pour s'acquitter de son rôle de direction de la santé et exercer un leadership intersectoriel ayant la capacité de faire appel aux associés et de les orienter dans la tâche consistant à impulser le développement humain. Elle doit favoriser la participation sociale et communautaire à part entière, ainsi que celle de tous les agents de transformation, y compris le secteur privé, pour atteindre les objectifs nationaux de la santé. Simultanément, l'autorité sanitaire nationale doit disposer des cadres légaux qui appuient et permettent d'auditer sa gestion.

31. L'exercice de la gouvernance, du leadership et de la redevabilité sont des éléments clés pour aider l'autorité sanitaire à atteindre, au niveau le plus élevé,

---

<sup>22</sup> L'OMS et la *Joint Learning Initiative* ont proposé d'utiliser une mesure appelée « densité des ressources humaines en santé » formée par la somme des indicateurs disponibles pour tous les pays : médecins et infirmières pour 10 000 habitants. La mesure de densité à travers cette méthode est imparfaite du fait qu'elle ne tient pas compte de tous les autres travailleurs de la santé, mais elle est la seule viable pour des comparaisons globales.

l'engagement et la volonté politique requis pour renforcer le développement de la santé. Les ministères de la santé doivent s'acquitter pleinement des fonctions essentielles de la santé publique<sup>23</sup> et accomplir efficacement leur rôle dans la conduite, la réglementation et la gestion des systèmes sanitaires. La clarification des responsabilités qui incombent au gouvernement, à la société et aux personnes respectivement constitue une tâche substantielle. La prise de décisions basées sur les faits observés renforce l'autorité sanitaire nationale.

32. L'autorité sanitaire nationale doit participer activement à l'approche de thèmes relatifs au bien-être humain tels que : mondialisation, migration, protection sociale, respect et protection des droits humains apparentés à la santé, sécurité humaine, marché du travail, composition des dépenses publiques, égalité des opportunités entre les hommes et les femmes et stratégies visant à réduire la pauvreté. Le dialogue, la coordination et la collaboration entre les ministères de la santé et ceux des finances et de la planification, doivent être axés sur la prévision, la stabilité et la continuité de l'allocation des ressources financières en vue de la réalisation des objectifs nationaux du développement humain.

33. En même temps que favoriser un investissement plus important dans la santé, il faut consolider un système de redevabilité productif, efficace et transparent, qui appuie la mobilisation des ressources et protège leur gestion appropriée. Dans le même ordre d'idée, un autre besoin qui a été identifié est celui selon lequel l'autorité sanitaire nationale doit renforcer sa capacité de planification, gestion et coordination de l'usage des ressources, qu'il s'agisse des ressources d'origine nationale ou celles de la coopération extérieure en santé.

---

<sup>23</sup> OPS/OMS. Santé publique dans les Amériques. Washington, DC. 2002. Le document identifie onze fonctions essentielles de la santé publique : (1) suivi, évaluation et analyse de la situation de la santé; (2) surveillance de la santé publique, investigation et contrôle des risques et des dommages dans la santé publique; (3) promotion de la santé; (4) participation des citoyens à la santé; (5) développement de politiques et capacité institutionnelle de planification et de gestion en matière de santé publique; (6) renforcement de la capacité institutionnelle de réglementation et de fiscalisation en matière de santé publique; (7) évaluation et promotion de l'accès équitable aux services de santé nécessaires; (8) développement des ressources humaines et formation en santé publique; (9) garantie et amélioration de la qualité des services de santé individuels et collectifs; (10) recherche en santé publique et (11) réduction de l'impact des urgences et des catastrophes de la santé.

**b) *Aborder les déterminants de la santé***

34. L'autorité sanitaire nationale doit plaider pour une position plus élevée de la santé dans l'agenda du développement humain durable. La reconnaissance du rôle des déterminants de la santé et l'incorporation de lignes de travail et de ressources dans les plans nationaux de développement seront un indicateur de la réussite de ce mandat.

35. Afin de protéger efficacement la population plus pauvre, marginalisée et vulnérable, il est impératif d'aborder les facteurs déterminants de la santé. Ceci a trait à des éléments qui sont apparentés à (a) l'exclusion sociale, comme les revenus, le sexe, l'éducation, l'ethnicité, le handicap et l'orientation sexuelle; (b) l'exposition aux risques, comme les mauvaises conditions de vie et de travail, les styles de vie malsains, la désinformation, la difficulté à disposer d'aliments et d'eau, et la contamination des sols, des eaux et des aliments; (c) l'urbanisation sauvage qui accentue l'inadéquation de la fourniture des services d'eau, d'assainissement et de logement et (d) les changements climatiques qui affectent avec plus d'intensité la population pauvre quand se produisent des inondations, des sécheresses et des maladies transmises par des vecteurs.

36. Les mesures requises pour aborder la plus grande partie de ces déterminants ne relèvent pas du mandat des ministères de la santé et nécessitent la participation d'autres entités gouvernementales. Par conséquent, l'autorité sanitaire nationale doit élargir l'espace dans lequel se développent les activités de la santé publique, en promouvant des politiques publiques saines à travers la concertation interinstitutionnelle et le travail intersectoriel.

37. Il est nécessaire que les pays investissent davantage dans la promotion de la santé et qu'ils disposent de cadres politiques qui permettent son développement et la réalisation d'objectifs mesurables<sup>24</sup>. Ils doivent mettre en œuvre des réseaux de soins de santé en utilisant une approche interculturelle et de genre, dans laquelle la participation sociale active est le facteur déterminant. Cette approche doit être appuyée par un renforcement des systèmes de surveillance épidémiologique au moyen de l'inclusion de variables sociales, de conduites et de styles de vie qui permettent d'évaluer les interventions de la promotion de la santé.

38. L'investissement dans la protection sociale de l'enfance et le renforcement de la famille doit être une priorité parmi les stratégies destinées à aborder les déterminants de la santé. Les pays doivent s'efforcer de garantir à tous les garçons et les filles une protection efficace à partir des soins prénatals et par la suite, en utilisant des technologies qui ont fait la preuve de leur efficacité, telles que la stimulation de l'attachement effectif entre parents et enfants, la stimulation précoce du développement psychosocial et de la

---

<sup>24</sup> Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21<sup>st</sup>. Century. Yakarta 2005.

résilience, à travers des réseaux intégrés de services qui assurent l'utilisation appropriée des subventions par les familles éligibles. La gestion sociale du risque, par tous les secteurs responsables des politiques publiques, est essentielle à la réalisation de ces résultats.

**c) *Profiter des connaissances, de la science et de la technologie***

39. Les pays doivent évaluer systématiquement l'état des connaissances et les incorporer dans la sélection des interventions avec critère d'efficacité. Pour mener à bien cette fonction, il faut développer les capacités pour intégrer, synthétiser et utiliser les connaissances dans la prise de décisions.

40. Il est nécessaire de renforcer la recherche pour mieux comprendre la relation entre les déterminants de la santé et leurs conséquences, et identifier les acteurs avec lesquels rechercher une alliance ou influencer à travers la politique publique. Il faut profiter de la médecine traditionnelle et des connaissances autochtones qui pourraient contribuer au bien-être des populations. Il faut encourager la capacité de recherche et l'utilisation des connaissances au niveau local.

41. Il faut diffuser et appliquer davantage la bioéthique dans les pays des Amériques pour protéger la qualité de la recherche et le respect de la dignité des personnes, sauvegarder la diversité culturelle et l'application des connaissances en santé, et assurer l'accès équitable aux progrès scientifiques : outils, technologies, produits pharmaceutiques, vaccins, etc.

42. Toutes les personnes doivent bénéficier du progrès et avoir accès à l'information et l'éducation en santé. Les pays doivent renforcer la capacité et le niveau de la dissémination scientifique, la confiance du public dans la recherche et la qualité des connaissances qui appuient les actions en santé. Les ministères de la santé doivent renforcer leur capacité de gestion de l'information et des connaissances et leurs alliances avec les producteurs de ces connaissances.

43. Dans son rôle de réglementation, l'autorité sanitaire nationale doit garantir que les médicaments, vaccins et matériels médicaux utilisés pour sa population dans tous les services de santé, disposent de la qualité, la sécurité et l'efficacité voulues. Il faut disposer de politiques nationales qui favorisent l'accès et encouragent l'utilisation rationnelle de ces produits.

44. La surveillance de la santé doit être renforcée aux niveaux local, national, régional et mondial. Il faut renforcer la capacité des équipes de santé locales à exécuter des processus analytiques épidémiologiques qui produisent des données scientifiques pour la planification sanitaire et la surveillance et l'évaluation des interventions. La prise

de décisions en santé doit se fonder sur des preuves, raison pour laquelle il faut tenir compte des connaissances scientifiques disponibles, résumées sous une forme systématique et transparente. De même, la normalisation de l'information en santé est nécessaire pour permettre la comparaison entre les pays et à l'intérieur des pays; et pour suivre et évaluer les progrès dans la réalisation des objectifs de la santé.

**d) *Renforcer la solidarité et la sécurité sanitaire***

45. Les pays des Amériques doivent se préparer et prendre des mesures intersectorielles pour affronter les catastrophes naturelles, les pandémies et les zoonoses qui affectent la sécurité sanitaire individuelle, régionale et mondiale. Il faut prêter l'attention voulue aux mouvements migratoires et au commerce des aliments aux frontières, qui peuvent accélérer la transmission des maladies.

46. Il faut encourager des interventions intersectorielles concrètes pour réduire la violence sociale et entre les personnes, l'insécurité dans les rues et sur les routes, l'insécurité personnelle et communautaire et les conflits. Ces événements sont liés au concept plus vaste de sécurité humaine, avec des implications dans la sécurité sanitaire.

47. La sécurité sanitaire exige des stratégies de préparation face à des contingences qui vont au-delà du cadre national, requérant des processus effectifs et durables d'intégration sous-régionale, régionale et mondiale.

48. Devant des situations qui menacent la sécurité sanitaire, les pays des Amériques et les organisations internationales doivent collaborer solidairement avec les autorités nationales pour répondre de façon rapide, équitable et efficace par rapport au coût, au bénéfice de la population.

**e) *Diminuer les inégalités en santé entre les pays et à l'intérieur des pays***

49. À la recherche de l'équité, les interventions destinées à améliorer la santé doivent prioriser les plus pauvres, les marginalisés et les vulnérables. Les peuples autochtones et les communautés tribales doivent être priorisés. D'autres groupes importants qui méritent une attention particulière sont les migrants et les personnes déplacées; les minorités ethniques et les personnes souffrant d'un handicap physique et mental. Les pays doivent veiller à l'inclusion, l'accès à des services de santé culturellement acceptables, à la collecte et l'utilisation de données spécifiques pour la prise de décisions appropriées et l'exercice de la citoyenneté totale de ces groupes, permettant qu'ils surmontent les adversités, qu'ils construisent à partir de ces adversités et qu'ils se projettent dans l'avenir. Les interventions en santé doivent répondre aux caractéristiques particulières de chaque groupe.

50. La santé sexuelle et reproductive est un thème prioritaire dans cette Région. Il est indispensable d'assurer à la femme des soins constants, qui commencent avec les soins dans l'étape préconceptionnelle et se poursuivent durant la grossesse, l'accouchement et la période qui suit l'accouchement, y compris les soins du nouveau-né. Chez les enfants, il faut promouvoir l'allaitement maternel et prévenir les infections, la déshydratation, les maladies respiratoires et la malnutrition. Les couvertures de vaccination doivent être maintenues ou élargies, avec l'introduction progressive de nouveaux vaccins et technologies quand besoin en est. En concordance avec la recherche de l'équité, l'autorité sanitaire devra prioriser et intensifier les actions spécifiques destinées à réduire la mortalité maternelle, néonatale et infantile dans tous les groupes de la société.

51. En ce qui concerne la population des adolescents et des jeunes, il faut généraliser les soins intégrés de la santé et le développement, y compris la promotion du développement juvénile et la prévention de conduites à risque et de leurs problèmes comme le tabagisme, l'alcool et les drogues, la grossesse non désirée, les infections de transmission sexuelle, le VIH/SIDA et la violence.

52. Le maintien de la fonctionnalité des personnes âgées doit être matière de programmes de santé spécialement destinés à ce groupe. La combinaison de subventions économiques et alimentaires avec ces interventions sanitaires est fondamentale pour que les adultes âgés adhèrent aux programmes de santé. La formation des personnes qui travaillent dans la santé, dans les technologies propres aux soins de la vieillesse, doit être priorisée et doit faire l'objet de programmes spéciaux de formation axés sur les soins de santé primaires.

53. L'autorité sanitaire nationale doit promouvoir la parité entre les sexes dans la formulation et l'application des politiques et des programmes de santé. Dans les activités de suivi et évaluation, il faut utiliser systématiquement les données ventilées par sexe.

*f) Réduire les risques et le fardeau de la maladie*

54. Tout en poursuivant leurs efforts pour lutter contre la transmission des maladies infectieuses, les pays de Amériques devront intensifier les actions contre les maladies transmissibles, qui sont devenues la cause principale de décès et de morbidité.

55. Il faut initier ou renforcer des actions spécifiques pour le contrôle du diabète, des maladies cérébro- et cardiovasculaires et des types de cancer d'incidence majeure, ainsi que des facteurs de risque tels que l'hypertension, les dyslipidémies, l'obésité et le manque d'activité physique. Il faut faire face à d'autres problèmes tels que les traumatismes, la sécurité routière, le tabagisme, l'alcool et les drogues, la pollution de l'environnement et ceux qui affectent la santé mentale.

56. L'autorité sanitaire doit travailler activement à la promotion des styles de vie et des milieux sains. Les changements de conduite ne seront soutenus que s'ils sont accompagnés de changements du milieu ambiant, institutionnels et de politiques incitant les personnes à choisir un mode de vie comprenant une alimentation saine, l'activité physique et sans tabac. Il faut un travail de collaboration avec l'industrie, pour la production et le commerce d'aliments plus sains, et avec le secteur de l'éducation, pour que les écoles soient l'exemple d'une bonne alimentation et que la formation d'habitudes saines soit encouragée.

57. Il est nécessaire de maintenir les actions et d'entreprendre des innovations pour combattre les maladies transmissibles, parmi elles les maladies évitables par l'immunisation, la tuberculose, le paludisme, la dengue et le VIH/SIDA, que continuent à affecter les populations des Amériques. Il faut arriver à ce que tout le sang prélevé dans la Région provienne de donneurs volontaires, altruistes et non rémunérés, et que tout le sang soit contrôlé avant d'être transfusé. Il faut faire un effort plus important dans le contrôle des maladies transmissibles « oubliées » et de celles qu'il est possible d'éradiquer. Il faut renforcer le travail conjoint avec l'agriculture et l'élevage en vue de la prévention et du contrôle des zoonoses et des maladies transmises par les aliments.

**g) *Augmenter la protection sociale et l'accès aux services de santé de qualité***

58. L'universalisation et l'amélioration de la protection sociale est un thème qui gagne de l'importance dans le dialogue politique et académique sur le développement humain durable dans la Région des Amériques. Il s'efforce de répondre à l'incertitude que génère le marché du travail et son impact sur les revenus de la famille, la couverture de la sécurité sociale et les soins de santé. Dans ce contexte, les politiques publiques doivent élargir progressivement l'accès, le financement et la solidarité des systèmes de protection sociale.

59. Même si la majorité des pays de la Région disposent de législations qui établissent le droit à la santé universelle de leurs populations, dans la réalité la couverture effective continue à être déterminée par la disponibilité du financement, avec des critères de priorisation qui ne sont pas explicites dans la majorité des cas.

60. Cette réalité met en évidence la nécessité de développer des systèmes d'assurance avec un financement mixte et solidaire, qui réduisent la charge financière sur les familles en les protégeant du risque de la pauvreté dû à des frais accessoires catastrophiques et qui garantissent à la population un ensemble de prestations de santé. En reconnaissance du dilemme qui se pose face à la priorisation d'une prestation par rapport à une autre, il sera nécessaire que chaque pays entreprenne un processus de dialogue national — avec les acteurs concernés — qui permet de prendre des décisions en connaissance de cause,

en tenant compte des critères épidémiologiques, économiques, d'équité et de faisabilité financière et sociale.

61. Les pays doivent renforcer les actions suivantes pour que l'élargissement de la protection sociale soit efficace : (a) accès aux services : qu'existent les services nécessaires pour prodiguer les soins de santé et que les personnes puissent y avoir accès physiquement et économiquement; (b) sécurité financière : que le financement de la santé ne menace pas la stabilité économique des ménages ou le développement de ses membres; (c) solidarité dans le financement : qu'existent des subventions croisées intergénérationnelles et entre groupes de différent risque et groupes de différent niveau de revenus; et (d) dignité dans les soins : que les soins soient de qualité et prodigués dans un contexte qui respecte les caractéristiques culturelles, raciales et de la situation socio-économique des personnes<sup>25</sup>.

62. Il sera crucial de mettre en évidence la stratégie des soins de santé primaires, y compris l'accès universel aux services de santé dans les zones rurales et périurbaines marginalisées, où à ce jour, les services sont pratiquement inexistantes. Il faut garantir que ces services soient culturellement acceptables et incorporent adéquatement les pratiques traditionnelles locales. Le renforcement des systèmes de référence et de contre-référence et l'amélioration des systèmes d'information sanitaire aux niveaux national et local faciliteront la prestation des services d'une manière intégrée et opportune.

63. Afin d'améliorer la couverture effective de la population, il sera nécessaire d'accroître la prestation de services productifs et efficaces. Ceci signifie qu'il faut incorporer les faits observés dans la définition des pratiques et améliorer la capacité de gestion des services; qu'il faut dans le même temps assurer un suivi des engagements à réorienter les services de santé vers des modèles de soins qui favorisent la promotion de la santé et la prévention de la maladie et qui ont une orientation familiale et communautaire. Le contrôle de la qualité est une exigence transversale pour tout le système et les services de santé.

64. En ce qui concerne la prestation des services, il est reconnu que le secteur privé — à des buts lucratifs ou non — a un rôle important, qui doit être réglementé par l'autorité sanitaire nationale pour qu'il contribue à la réalisation des objectifs nationaux de la santé.

***h) Renforcer la gestion et le développement des personnes qui travaillent pour la santé***

---

<sup>25</sup> OIT-OPS. Initiative conjointe de l'OIT et l'OPS sur l'extension de la protection sociale en santé. Washington, D.C. 2005.



65. Les gouvernements doivent affronter, de façon collaborative, ces cinq défis critiques<sup>26</sup> : (a) définir et mettre en œuvre des politiques et des plans à long terme en vue du développement de la population active en santé, fondés sur une information fiable; (b) trouver des solutions pour résoudre les inégalités dans la distribution du personnel de santé, en affectant un personnel plus nombreux aux populations qui en ont le plus besoin; (c) créer des conditions nationales et internationales pour réglementer les migrations du personnel de santé, en évitant la pénurie de ressources dans les pays pauvres; (d) améliorer la capacité de gestion du personnel et les conditions de travail pour accroître l'engagement des travailleurs de la santé à la mission institutionnelle; (e) rapprocher les institutions de formation et celles des services de santé en vue d'une planification conjointe des besoins et des profils des professionnels de l'avenir.

66. Les conditions du milieu de travail et la santé propre du travailleur sont des facteurs importants pour retenir les personnes compétentes et garantir la qualité des services à la population. Il faut mettre l'accent sur la formation du personnel dans le domaine de la santé publique. Il faut rechercher un meilleur équilibre dans les professions des équipes de santé, concrètement entre médecins et infirmières.

67. En ce qui concerne les aspects du savoir et de l'apprentissage, il faut développer des cadres techniques communs, évaluer l'accomplissement des tâches avec des systèmes de mesure comparables entre pays, financer la recherche et partager des pratiques appropriées fondées sur les faits observés. Dans les aspects concernant les politiques, il est nécessaire de promouvoir des méthodes éthiques d'embauche et de protection des travailleurs migrants, de surveiller les principaux flux migratoires afin de veiller à l'équité et à la justice, et d'appuyer la viabilité fiscale.

- - -

---

<sup>26</sup> OPS/Health Canada : Appel à l'action de Toronto :  
<http://www.observatoriorh.org/Toronto/index-sp.html>