



Programme d'action sanitaire pour les Amériques

2008–2017



Présenté par les Ministres de la Santé des
Amériques dans la ville de Panama, juin 2007

Programme d'action sanitaire pour les Amériques

2008–2017



Présenté par les Ministres de la Santé des
Amériques dans la ville de Panama, juin 2007

Contenu

Déclaration des Ministres et des Secrétaires responsables de la Santéi

Programme d'action sanitaire pour les Amériques

Déclaration d'intention1

Principes et valeurs3

Analyse de la situation et des tendances sanitaires dans les Amériques

a) Tendances dans le panorama socio-économique de la Région ...5

b) Tendances dans le contexte sanitaire de la Région7

c) Tendances dans la réaction des systèmes de santé9

Domaines d'intervention: un programme d'action sanitaire pour les Amériques

a) Renforcer l'autorité de tutelle nationale de la santé13

b) Aborder les déterminants de la santé14

c) Augmenter la protection sociale et l'accès aux services de santé de qualité15

d) Réduire les inégalités de santé entre les pays et les disparités en leur sein17

e) Faire reculer les risques et la charge de morbidité18

f) Renforcer la gestion et le développement des travailleurs de la santé19

g) Mettre à profit le savoir, la science et la technologie20

h) Renforcer la sécurité sanitaire21

Notes et références23



Lancement du Programme d'action sanitaire 2008–2017 pour les Amériques

Déclaration des Ministres et des Secrétaires responsables de la Santé

Nous soussignés, Ministres et Secrétaires responsables de la Santé dans les Amériques, réunis dans la ville de Panama, en ce 3 juin 2007, afin de présenter à la communauté internationale le Programme d'action sanitaire 2008–2017 pour les Amériques, lequel traduit l'intérêt de chacun des pays à oeuvrer de concert et solidairement en faveur de la santé et de l'épanouissement de nos peuples,

Déclarons:

Notre engagement renouvelé envers le principe inscrit dans la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, lequel reconnaît 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;

Notre engagement en faveur de l'action intersectorielle, reconnaissant que les déterminants sociaux de la santé influent sur la formulation des politiques publiques et que l'exclusion en matière de santé est la résultante de facteurs endogènes et exogènes au mandat de l'autorité sanitaire nationale;

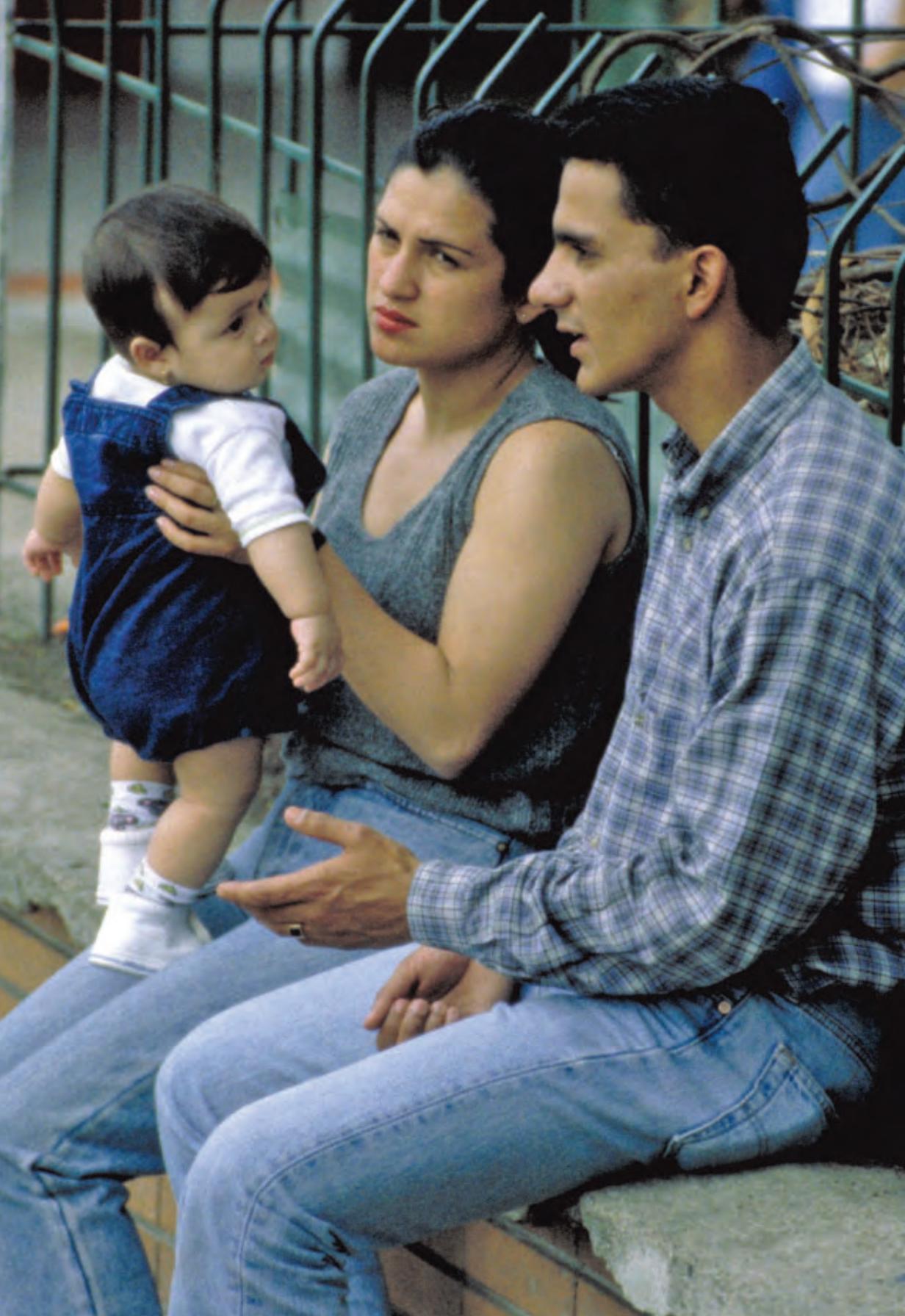
Notre engagement envers le dialogue et l'action conjointe entre tous les acteurs de la société à l'échelon local, national, infrarégional et régional dans le but de promouvoir la concrétisation des buts et d'avancer vers la réalisation des objectifs régionaux de santé selon les domaines d'intervention définis dans le Programme d'action sanitaire pour les Amériques;

et

Exhortons tous les Gouvernements, la société civile et la communauté internationale concernés par la coopération technique et le financement destinés au développement, à considérer ce Programme comme un guide et comme une source d'inspiration pour formuler les politiques publiques et mettre en oeuvre les mesures propices à la santé, dans l'intérêt du bien-être des populations des Amériques.

*Ville de Panama,
en ce 3 juin de l'an 2007.*





Programme d'action sanitaire pour les Amériques

Déclaration d'intention

1. Les Gouvernements de la Région des Amériques établissent conjointement le présent Programme d'action sanitaire aux fins d'orienter l'action collective des partenaires nationaux et internationaux qui oeuvrent à l'amélioration de la santé des peuples de cette Région, au fil de la décennie à venir.
2. Les Gouvernements réitèrent leur engagement envers la vision d'une Région en meilleure santé et plus équitable en matière de soins, qui prend en considération les déterminants de la santé et améliore l'accès aux services et aux biens de santé individuelle et collective: une Région au sein de laquelle chaque personne, chaque famille et chaque communauté se développe au mieux de son potentiel.
3. Le Programme d'action sanitaire pour les Amériques est une réaction aux besoins de santé de nos populations et le reflet de l'engagement pris par chacun des pays à collaborer, dans une optique régionale et dans un esprit de solidarité, au développement de la santé dans la Région.
4. Ce Programme d'action sanitaire incorpore et complète le Programme mondial d'action sanitaire inclus dans le Onzième programme général de travail de l'Organisation mondiale de la Santé, que les États membres ont avalisé à l'occasion de la 59e Assemblée mondiale de la Santé, en mai 2006. Qui plus est, ce Programme a été conçu dans le droit fil des objectifs de la Déclaration du Millénaire.
5. Conformément aux documents cités au paragraphe 4, ce Programme d'action sanitaire est un instrument politique de haut niveau en matière de santé. Il définit les grands domaines d'intervention, l'intention étant de reprendre les engagements auxquels les États ont souscrit dans les forums internationaux et de renforcer les interventions afin de les mettre effectivement en oeuvre.
6. Le Programme d'action sanitaire orientera, dans la mesure de sa pertinence, l'élaboration des futurs plans nationaux de santé,¹ et des plans stratégiques de toutes les organisations désireuses de coopérer dans le domaine de la santé avec les pays des Amériques, notamment le plan du Bureau sanitaire panaméricain. L'évaluation des progrès accomplis dans les domaines d'intervention définis dans ce Programme d'action sanitaire se fera en évaluant la réalisation des objectifs arrêtés dans ces plans.
7. Les Gouvernements des pays des Amériques soulignent à quel point il est important que les partenaires et institutions de la santé disposent d'un Programme d'action sanitaire concis, souple, dynamique et de haut niveau pour orienter leurs actions, faciliter la mobilisation des ressources et influencer sur les politiques sanitaires de la Région.



Principes et valeurs

8. Reconnaissant l'hétérogénéité de la Région et la particularité des besoins de nos nations et de leurs populations, ainsi que des différentes optiques socioculturelles choisies pour améliorer la santé, le présent Programme d'action sanitaire s'inscrit dans le respect et la défense des principes et valeurs ci-après:

9. *Droits humains, universalité, accessibilité et politique d'inclusion.* La Constitution de l'OMS stipule 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...". Dans le souci de faire de ce droit une réalité, les pays doivent s'efforcer de parvenir à l'universalité, à l'accessibilité, à l'intégralité, à la qualité et à une politique d'inclusion dans les systèmes de santé à disposition des personnes, des familles et des communautés. Les systèmes de santé doivent rendre compte aux citoyens de la mesure dans laquelle ils ont respecté ces conditions.

10. *Solidarité panaméricaine.* La solidarité, entendue au sens de collaboration entre

les pays des Amériques, dans le but de défendre des intérêts et de promouvoir la prise de responsabilités collectives pour atteindre des objectifs communs est une condition essentielle pour surmonter les inégalités observées dans le domaine de la santé et renforcer la sécurité sanitaire panaméricaine en cas de crise, d'urgence ou de catastrophe.

11. *Équité en matière de santé.* La recherche de l'équité en matière de santé signifie que des efforts sont menés en vue d'éliminer toute inégalité sanitaire évitable, injuste et remédiable parmi les populations ou les groupes de la société. Cette recherche doit souligner le besoin incontournable de promouvoir l'équité entre les sexes en matière de santé.²

12. *Participation sociale.* Un facteur d'importance capitale pour la mise en oeuvre et le succès du Programme d'action sanitaire est d'ouvrir à toute la société des créneaux lui permettant de participer à la définition et à l'application des politiques de santé ainsi qu'à l'évaluation de leurs résultats.





Analyse de la situation et des tendances sanitaires dans les Amériques

a) Tendances dans le panorama socio-économique de la Région

13. Le Programme d'action sanitaire prend pour assise les tendances sanitaires qui ont été observées dans la Région. Dès lors que l'importance des déterminants sociaux de la santé, en tant que variables concourant à expliquer le gradient du contexte sanitaire d'une région ou d'un pays, n'est plus à démontrer,³ il devient indispensable de peser les grands indicateurs socio-économiques de la Région ainsi que les tendances du contexte sanitaire qui sont venus éclairer l'élaboration de ce Programme. De 2001 à 2005, le produit intérieur brut par habitant de la Région d'Amérique latine et des Caraïbes a progressé de 4,2%.⁴ D'après les dernières estimations effectuées par la Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes (CEPALC), en 2005, 39,8 % de la population de cette région (soit 209 millions de personnes) vivaient dans la pauvreté et 15,4% (soit 81 millions d'habitants) en situation de dénuement extrême ou d'indigence. Les projections de la CEPALC pour 2006 donnent à penser que le nombre de pauvres et de personnes souffrant de dénuement extrême reculerait à 205 et à 79 millions d'habitants, respectivement. Si quelques progrès ont été effectués ces dernières années dans le sens d'une meilleure répartition des revenus, la Région reste encore en l'espèce la plus inégalitaire au monde.⁵
14. Les disparités dans le domaine de la santé sont étroitement liées à toute une série de déterminants socio-économi-

ques. En termes généraux, l'espérance de vie dans un pays économiquement mieux nanti est plus longue que dans un pays plus pauvre. Pour autant, l'écart dans les durées de vie se resserre lorsque l'on tient compte de la distribution des revenus: là où la distribution est plus égalitaire, l'espérance de vie est comparable, et parfois plus longue, que dans un pays plus riche où les richesses sont réparties plus inégalement.⁶

15. Dans tous les pays des Amériques, la croissance démographique est en décélération, tandis que le pourcentage des plus de 60 ans est en hausse progressive.⁸ D'où la nécessité de prendre des mesures adaptées à l'évolution du profil épidémiologique propre à une population qui avance en âge.
16. L'urbanisation a gagné du terrain dans tous les pays, souvent de manière anarchique. S'il favorise le rapprochement physique des personnes et des services, ce phénomène d'urbanisation croissante se prête à l'adoption de modèles de consommation et de modes de vie préjudiciables à la santé (mauvais régime alimentaire, obésité, sédentarisme, usage abusif de drogues) ainsi qu'à la détérioration des mécanismes sociaux de soutien et à une poussée des traumatismes et de la violence.
17. Le taux d'alphabétisme des populations de la Région a progressé de 88% en 1980 à 93,7% en 2005, moyennant des progrès divers dans les mesures d'accompagnement social d'un pays à l'autre. Il reste que les garçons ont davantage accès aux études que les filles, surtout en zone rurale, et que la qualité de l'enseignement varie en fonction du revenu

familial. La résultante de ces disparités est que certaines personnes ont moins de possibilités d'acquérir des habitudes favorables à la santé et d'obtenir un emploi de qualité qui pourrait améliorer leurs conditions de vie.

18. Le milieu ambiant de la Région connaît une détérioration croissante, sous l'effet de la contamination de l'air, de l'eau et des sols. Cette pollution affecte particulièrement la population infantile, dont l'organisme et les facultés neuropsychologiques sont en plein développement. Pour ce qui est de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement, 94% des populations des Amériques ont accès au premier service (eau fournie au domicile)⁹ et 86% au second (élimination des excréments et des eaux usées). Des chiffres qui reculent à 91% et à 77% respectivement lorsque l'on prend en compte les seuls habitants d'Amérique latine et des Caraïbes où le déficit se creuse en milieu rural.¹⁰ En parallèle, les pays se heurtent à la nécessité d'endiguer les risques issus de l'industrialisation et de l'expansion sauvage des métropoles.

19. Les désastres naturels et les catastrophes provoquées de main d'homme nuisent au milieu ambiant et à l'état de santé des peuples de la Région, constituant de plus un frein à la réalisation des objectifs en matière de santé et au fonctionnement normal des services de soins. À titre d'exemple, pour la seule année 2005, le tribut prélevé par les cyclones s'élève à 4 598 décès, 7 millions de personnes sinistrées et plus de 205 milliards de dollars de pertes matérielles.¹¹ Les préjudices subis par les économies d'Amérique latine et des Caraïbes ont été estimés à

plus de 2,2 milliards de dollars, mettant en évidence leur vulnérabilité et la nécessité de prévoir des plans et des mesures de prévention et d'atténuation des risques.

20. L'exclusion des services de santé dans la Région apparaît étroitement liée à la pauvreté, à la marginalisation, à la discrimination (d'ordre culturel, racial, social et sexuel) et à l'ostracisme dont souffrent les malades mentaux et les personnes présentant des besoins particuliers. La langue, le travail dans le secteur informel, le chômage et le sous-emploi, l'isolement géographique, le faible niveau de scolarisation et le manque d'informations sur les systèmes de santé chez les usagers potentiels sont autant de facteurs importants de mise à l'écart. En résumé, 218 millions de personnes ne sont pas à l'abri du risque de maladie, faute d'être couverts par une assurance quelconque et cent millions d'habitants ne peuvent accéder aux services de santé en raison d'obstacles géographiques ou économique ou faute de dispensaires situés à proximité de leur foyer ou lieu de travail.¹²

21. L'Amérique latine et les Caraïbes ont reçu 6,34 milliards de dollars d'aide publique au développement en 2004, soit à peine 8% de l'enveloppe totale mondiale. Or, à la fin des années 90, la part de la Région avoisinait les 10%. Cette baisse est la conséquence d'une réorientation du financement à destination d'autres régions. De plus, certains partenaires bilatéraux ont décidé de suspendre leur appui à la santé dans notre Région ces années à venir, ou bien de concentrer leur coopération sur un nombre restreint de pays d'Amérique latine et des Caraïbes.¹³



b) Tendances dans le contexte sanitaire de la Région

22. Le panorama de la santé dans la Région se caractérise par l'existence en parallèle de maux imputables aux maladies transmissibles et à de maladies chroniques dégénératives, la violence, les traumatismes, les accidents du travail et les troubles mentaux.¹⁴ Ce deuxième groupe a supplanté les maladies transmissibles comme cause principale de mortalité et de morbidité dans tous les pays.¹⁵ En plus des maladies transmissibles persistent les menaces traditionnelles, comme le paludisme, et sont apparus des dangers nouveaux (VIH/SIDA), ou réémergents (tuberculose). Certains agents pathogènes ont muté, notamment le virus de la grippe, dont les variantes pourraient provoquer une pandémie aux conséquences graves. À cela s'ajoute un ensemble de maladies, corollaire de la pauvreté et bien souvent source d'ostracisme¹⁶, qui frappe les pays en développement de manière disproportionnée. Bien que l'on puisse prévenir et guérir ces maladies à l'aide de médicaments faciles à administrer, leur endiguement continue à poser des défis.

23. Si, ces dernières années, l'on constate un mieux dans la plupart des indicateurs de santé traditionnels,¹⁷ surtout en termes de moyennes nationales, la Région se caractérise surtout par l'ampleur des écarts entre les pays et à l'intérieur du territoire national. Les disparités en matière de santé présentent des différences marquées selon le lieu géographique, l'âge, le sexe, le groupe ethnique, le niveau d'études et la répartition des revenus.¹⁸

24. Les conditions de santé des peuples autochtones sont systématiquement moins bonnes que celles de la population non indigène.¹⁹ Si la région compte plus

de 45 millions d'habitants qui appartiennent aux ethnies d'origine, les systèmes d'information ne font pas suffisamment ressortir les variables raciales et culturelles, ce qui complique l'élaboration des stratégies appropriées pour remédier aux carences sanitaires dont souffre ce segment important de la population.

25. Dans une large mesure, les objectifs de réduction de la mortalité précoce et évitable sont le résultat de la prise de mesures spécifiques dans le secteur de la santé, surtout en matière de soins primaires, comme l'extension de la couverture vaccinale, la planification familiale et les thérapies de réhydratation orale. La mortalité maternelle a certes reculé, mais, en 2005, ce taux dans la Région est pourtant de 71,9 pour 100 000 naissances vivantes ; il monte à 94,5 si l'on ne tient compte que de l'Amérique latine et des Caraïbes, atteint un maximum de 523 en Haïti et un minimum de 13,4 au Chili.²⁰ Les grossesses chez les adolescentes, non désirées pour la plupart, représentent 20 % des cas de maternité dans nombre de pays et posent un défi évident aux futures mères, aux parents et à leurs enfants. L'incidence de la mortalité imputable au cancer du col de l'utérus et du sein, aux septicémies, à la malnutrition et aux infections respiratoires aiguës – qui sont autant de causes de décès évitables – peut être réduite moyennant plus d'efficacité et l'élargissement de la couverture des soins de santé primaires.

26. Dans bien des cas, les progrès susceptibles d'être réalisés à l'aide de mesures spécifiques dans le secteur de la santé semblent avoir atteint leurs limites. L'on s'aperçoit chaque fois un peu plus que les facteurs de risque des grandes causes de morbidité et de mortalité, sur lesquels il faut peser, échappent au contrôle direct du secteur de la santé. À titre d'exemple, la mortalité due à des causes extérieures et à quelques maladies (affections cardiovasculaires,

diabète, obstruction chronique des voies pulmonaires et VIH/SIDA) est largement tributaire des conditions et du mode de vie, ainsi que du comportement des personnes. C'est ainsi que pour plus de succès, en termes de recul de la charge de morbidité évitable, il faut revoir les grands déterminants et facteurs de risque qui s'attachent aux principaux problèmes de santé et influencer sur leur cours. Pour ce faire, compte tenu de l'expérience internationale, il faut analyser les faits qui fournissent des informations utiles à la prise de décisions politiques et nouer des alliances stratégiques entre secteurs et entre institutions, pour veiller à l'efficacité des interventions.

27. S'agissant de ce que contribue la santé à l'objectif d'équité dans la répartition des richesses, l'expérience montre que

les interventions visant à permettre le développement maximal des potentialités de l'enfant améliorent l'accès à l'emploi productif et peuvent déboucher sur l'émergence de générations plus aptes à la mobilité sociale, encore sérieusement limitée dans la plupart des pays de la région.^{21,22} Le manque de possibilités se manifeste tôt au cours de l'enfance. À titre d'exemple, 40% environ des municipalités d'Amérique latine et des Caraïbes n'ont pas atteint l'objectif de vacciner 95% des enfants âgés de moins d'un an contre la poliomyélite, la diphtérie, le tétanos et la coqueluche. C'est dire que 800 000 enfants, au moins, ne sont pas correctement protégés contre ces maladies lorsqu'ils atteignent leur première année.²³



c) Tendances dans la réaction des systèmes de santé

28. La segmentation²⁴ des systèmes de santé n'a pas pu être surmontée et l'exécution des politiques de financement de la santé continue à souffrir de graves déficiences. La perception est celle d'une situation empreinte de grande vulnérabilité, comme en témoigne le fait que quelques pays consacrent des dépenses insuffisantes à la santé, quand d'autres dépendent fortement de ressources extérieures et que les frais de santé personnels sont en hausse un peu partout. Autant de facteurs qui frappent de plein fouet les populations les plus démunies. En général, le mode d'affectation des ressources est sans rapport avec les résultats et la prestation des services. Souvent, les décisions ne reposent pas sur l'analyse systématique des connaissances et des enseignements tirés, et la diversité culturelle existante n'est pas prise en compte. La gestion clinique est même insuffisante et les mesures de santé publique ne sont pas privilégiées. La prestation des services de santé se caractérise par la prédominance du modèle curatif, centré sur l'hôpital et sur les soins individuels, reléguant au second plan les soins primaires et les services de santé publique. Ce modèle manque de mécanismes de coordination en réseau des services et n'intègre pas suffisamment les activités de promotion sanitaire.

29. Les processus de réforme engagés dans le secteur de la santé au cours de la décennie 90 en Amérique latine et dans les Caraïbes ont privilégié les aspects financiers et organisationnels, laissant de côté des pans essentiels de la santé publique. Ces processus ont affaibli le rôle de l'État dans des domaines clés et l'on enregistre une détérioration soutenue de la capacité des ministères de la Santé à exercer leur pouvoir de tutelle et

à développer les fonctions essentielles afférentes à la santé publique.

30. Aux alentours de l'année 2005, les dépenses nationales de santé dans l'ensemble des pays de la Région d'Amérique latine et des Caraïbes représente environ 6,8% du produit intérieur brut de la Région, soit des dépenses annuelles de 500 US\$ par habitant.²⁵ La moitié environ de cette somme correspond à des dépenses publiques qui recouvrent le coût des services de soins de santé dans les établissements de l'État central, des autorités locales et des municipalités et les frais de services de santé par le biais des prélèvements obligatoires destinés aux caisses d'assurance-maladie confiées aux administrateurs privés ou aux organismes de la sécurité sociale. La deuxième moitié correspond à des dépenses privées, qui incluent les dépenses personnelles consacrées à l'acquisition de biens et de services privés, et les services de santé obtenus par le biais de plans d'assurance-maladie privés ou des plans de soins payés d'avance.²⁶

31. Le manque d'effectifs, la mauvaise répartition et l'inadéquation du personnel aux besoins de santé sont autant d'obstacles que vient renforcer la migration des professionnels au sein du territoire national et leur émigration à destination de pays plus riches. La majorité des pays des Amériques sont touchés par ce phénomène qu'il faut confronter au niveau national ainsi qu'à l'échelon interaméricain et mondial, puisqu'un nombre important de pays dans la Région ne dispose pas des effectifs requis pour parvenir à une couverture minimale (soit 25 agents de santé pour 10 000 habitants)²⁷ quand d'autres affichent une disponibilité de personnel cinq fois plus grande. Les effectifs de santé sont très inégalement répartis, les villes disposant de 8 à 10 fois plus de médecins que les campagnes. Quelques pays présentent des déséquilibres marqués dans

l'offre de qualifications médicales, qu'il s'agisse de la faiblesse du nombre d'infirmières par médecins ou du manque d'autres professionnels indispensables. Les femmes, qui occupent près de 70% des postes dans la santé, sont minoritaires au niveau de la direction, souvent moins bien rémunérées que les hommes et les premières touchées par le chômage. La formation des ressources humaines continue à suivre des voies traditionnelles qui font peu de place au développement des capacités à diriger et à la créativité. La planification des besoins en ressources humaines, en quantité et en qualité adéquates, reste une carence notoire dans la Région.²⁸

32. En Amérique latine et dans les Caraïbes, les investissements en sciences et en technologies appliquées de la santé se caractérisent par l'absence de programmes explicites de recherche axés sur les besoins, qui peuvent éclairer l'élaboration de politiques factuelles, ainsi que par le développement insuffisant des mécanismes de financement pour répondre à ces nécessités.²⁹

33. L'état de situation et les tendances sanitaires et leurs déterminants dans la Région des Amériques met en évidence le besoin de formuler des stratégies de nature à réduire les inégalités qui existent entre les pays et les disparités au sein d'entre eux. Ces stratégies doivent permettre de continuer à élargir la protection sociale de la population, à l'aide de systèmes de santé reposant sur la stratégie des soins primaires de santé et de politiques publiques favorables au bien-être, définies avec la participation des communautés et menées par des pouvoirs de tutelle solides et respectés. Dans cette optique, le présent Programme d'action sanitaire définit huit domaines d'intervention qui sont vastes par définition et énoncent des principes et des orientations pour les pays et la communauté internationale sans intention de fixer des priorités puisqu'elles sont à définir par chaque pays, en fonction de la problématique et de la disponibilité de ressources qui lui sont propres.







Domaines d'intervention: un programme d'action sanitaire pour les Amériques

a) *Renforcer l'autorité de tutelle nationale de la santé*³⁰

- 34.** Pour parvenir à des améliorations dans le domaine de la santé, l'autorité sanitaire nationale doit renforcer ses capacités institutionnelles à exercer son rôle directeur en la matière et une position de chef de file entre les secteurs, avec le pouvoir de solliciter et d'orienter les parties prenantes pour promouvoir le développement des personnes. Il faut encourager la participation pleine et entière de la société et des communautés et consolider les soins primaires de santé, tout en encourageant d'autres agents de la transformation, dont ceux du secteur privé, à s'investir dans le but d'atteindre les objectifs de santé nationaux. Dans le même temps, l'autorité sanitaire nationale doit compter avec un cadre juridique qui appuie sa gestion et en permette le contrôle.
- 35.** L'exercice de la gouvernance, le leadership et la responsabilité sont autant d'éléments essentiels pour que l'autorité de tutelle nationale réunisse, au plus haut échelon, l'engagement et la volonté politique requis pour conforter le développement de la santé. Les ministères compétents doivent remplir pleinement les fonctions essentielles de santé publique³¹ et s'acquitter avec efficacité de la direction, de la réglementation et de la gestion des systèmes dont ils ont la charge. Une tâche non négligeable est d'explicitier les responsabilités qui incombent, respectivement, à l'État, à la société et aux individus. La prise de décisions reposant sur des preuves renforce l'autorité des services sanitaires de tutelle. Les modes d'affectation des ressources et l'élaboration des politiques seraient

servis par une institutionnalisation des systèmes d'information sur les dépenses et le financement du système de santé.

- 36.** L'autorité sanitaire nationale doit participer de près à la définition des politiques destinées à aborder la question des déterminants sociaux de la santé. Le dialogue, la coordination et la collaboration entre les ministères de la Santé, des Finances et du Plan doivent porter avant tout sur la prévisibilité, la stabilité et la continuité de l'affectation des moyens financiers nécessaires pour atteindre les objectifs nationaux de développement humain.
- 37.** Un aspect essentiel du rôle directeur de l'autorité sanitaire nationale est de veiller à ce que les questions de santé adoptées comme mandats régionaux et sous-régionaux soient intégrées dans le programme de développement de l'hémisphère. En coordination avec le ministère des Relations extérieures et autres instances pertinentes, l'autorité sanitaire nationale fera en sorte que la santé occupe une place prépondérante dans les stratégies de développement et de réduction de la pauvreté qui, à l'échelle mondiale, font l'objet de discussions dans des forums comme le Sommet des Amériques et le Sommet ibéro-américain.
- 38.** En parallèle à des investissements importants dans le domaine de la santé, il faut consolider un système de responsabilisation efficace, efficient et transparent, qui soit propice à la mobilisation des ressources et garant de leur bonne gestion. Dans le même ordre d'idées, il est impératif que l'autorité sanitaire nationale renforce sa capacité à planifier, à gérer et à coordonner l'utilisation des moyens de provenance nationale tout comme ceux de la coopération extérieure dans le domaine de la santé.

b) *Aborder les déterminants de la santé*

39. L'autorité sanitaire nationale doit plaider en faveur de sa mission en partant d'une conception plus élevée de la santé dans le programme visant le développement soutenable des personnes. La reconnaissance du rôle que joue les déterminants de la santé et l'incorporation d'axes de travail et de moyens à cet effet dans les plans nationaux de développement seront deux indicateurs de succès dans ce mandat.

40. Il est impératif d'aborder les facteurs déterminants de la santé pour parvenir à protéger efficacement les populations les plus démunies, marginalisées et vulnérables. L'on fait ainsi référence à des variables en rapport avec (a) l'exclusion sociale, (b) l'exposition aux risques, (c) l'urbanisation sauvage et (d) le changement climatique. Une prise en compte qui passe nécessairement par une révision des cadres législatifs qui, de nos jours, offrent des incitations contraires à l'amélioration de ces facteurs.³²

41. Les mesures à prendre pour aborder la plupart de ces déterminants ne sont pas du ressort du ministère de la Santé et exigent l'intervention d'autres instances publiques. Par conséquent, l'autorité sanitaire nationale doit élargir le champ où se développent les activités de la santé publique, en encourageant la menée de politiques publiques saluaires à l'aide de la concertation entre les institutions et du travail entre les secteurs.

42. Il est nécessaire que les pays consacrent plus d'investissements à la promotion de la santé et qu'ils disposent de cadres politiques propices à son développement et à la réalisation d'objectifs mesurables.³³ Les systèmes de prestation des services

de santé doivent épouser une optique de diversité culturelle, opposée aux disparités sexuelles, dont le facteur déterminant sera la participation active de la société. À cela doit s'ajouter un renforcement des systèmes de surveillance épidémiologique par l'inclusion de variables sociales, de comportements et de modes de vie qui permettent d'évaluer les interventions de promotion de la santé. Moyennant une vaste perspective en ce qui concerne la sécurité de la personne, il faut favoriser les interventions concrètes entre les secteurs dans le but de réduire la violence au sein de la société et entre ses membres, ainsi que l'insécurité individuelle et collective.

43. Les investissements visant la protection sociale de l'enfance et le renforcement de la famille doivent constituer une priorité des stratégies destinées à aborder les déterminants de la santé. Les pays doivent s'employer à garantir à tout enfant une protection efficace, dès la prise en charge prénatale, au moyen de technologies dont l'efficacité a été prouvée.³⁴ La gestion sociale du risque, de la part de tous les secteurs responsables des politiques publiques, est essentielle pour parvenir à ces résultats. En accord avec la recherche de l'équité, l'autorité sanitaire devra hiérarchiser et privilégier des mesures spécifiques dans le but de faire reculer la mortalité maternelle, néonatale et infantile au sein de tous les groupes de la société. Il convient d'encourager l'allaitement maternel et de prévenir les infections, de promouvoir les thérapies de réhydratation orale et de lutter contre les affections respiratoires, les problèmes de nutrition, de malnutrition et l'obésité chez les enfants. Il faut maintenir ou élargir la couverture vaccinale et, en parallèle, introduire progressivement de nouveaux vaccins et technologies, dans les cas pertinents.

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

44. Universaliser et améliorer la protection sociale est un thème qui pèse lourd dans le dialogue politique et universitaire consacré au développement humain durable, en Amérique latine et dans les Caraïbes.³⁵ Il s'agit de remédier aux incertitudes que provoque le marché du travail et à leur impact sur les revenus de la famille, la couverture de sécurité sociale et les soins de santé. Sur cette toile de fond, les politiques publiques doivent élargir petit à petit l'accès, le financement et la solidarité des systèmes de protection sociale.
45. Si la majorité des pays de la Région ont des lois consacrant le droit universel de leurs populations à la santé, la réalité est que, dans bien des cas, la couverture effective reste fonction du financement disponible, selon des critères de priorité qui ne sont pas explicites, le plus souvent.
46. Cette réalité souligne la nécessité de mettre en place des systèmes d'assurance qui allègent la charge financière des familles, les mettant à l'abri du risque de paupérisation par suite de frais médicaux personnels prohibitifs, et qui cherchent à garantir à la population un ensemble de prestations de santé. Reconnaissant que le choix d'une priorité par rapport à une autre pose un dilemme, il faudra que chaque pays mène à son terme un processus de dialogue national avec les parties intéressées pour pouvoir prendre les décisions en connaissance de cause, compte tenu de critères épidémiologiques et économiques, ainsi que de considérations d'équité et de faisabilité au plan financier et social.
47. Pour élargir effectivement la protection sociale, les pays doivent renforcer leur intervention sur les fronts suivants: (a) accès aux services, (b) sécurité financière, (c) solidarité en matière de financement et (d) dignité ainsi que respect des droits des patients dans la prise en charge, conformément à la législation nationale.³⁶
48. L'accès aux médicaments et aux technologies sanitaires est essentiel pour mener des interventions de santé efficaces. Dans le but d'encourager l'accès aux médicaments, les pays devraient envisager: (a) de tirer tout le profit des dispositions des accords commerciaux, y compris de leurs éléments de souplesse; (b) de renforcer le système de prestation de services; (c) de renforcer les mécanismes d'achat à l'échelon sous régional et régional; (d) d'encourager l'utilisation rationnelle des médicaments et (e) d'abaisser les barrières tarifaires frappant les médicaments et les technologies sanitaires.
49. Il sera crucial de privilégier la stratégie des soins primaires de santé pour avancer vers l'accès universel et équitable aux soins en zone rurale et périurbaine marginalisée, où ces services sont pratiquement inexistantes. Des services qui doivent être dispensés de manière culturellement acceptable et intégrer, comme il se doit, les pratiques traditionnelles locales dont l'innocuité et, si possible, l'efficacité ont été prouvées. Il est proposé de favoriser le développement des systèmes de santé propres aux peuples autochtones, en parallèle à leur inclusion dans le système de santé national. Le renforcement des systèmes de recommandation et de contre recommandation médicale ainsi que l'amélioration des systèmes d'information sanitaire à l'échelon national et local viendront faciliter la fourniture des services de manière intégrale et en temps opportun.

50. Pour améliorer la couverture médicale dont jouit effectivement la population, il sera nécessaire de lui apporter plus de services efficaces et efficients. Pour ce faire, il y aura lieu d'intégrer les faits démontrés dans la définition des pratiques et d'améliorer la capacité de gestion des services; dans le même temps, il faudra honorer l'engagement de réorienter les services de santé vers des modèles de soins qui favorisent la promotion de la santé et la prévention des maladies et qui sont axés sur la famille et la com-

munauté. Le contrôle de la qualité est une exigence transversale, applicable à l'ensemble du système et des services de santé.

51. S'agissant de la prestation des services, l'on reconnaît que le secteur privé – à et sans but lucratif – a un rôle important que doit réglementer l'autorité sanitaire nationale afin qu'il apporte sa contribution à la réalisation des objectifs de santé nationaux.



d) Réduire les inégalités de santé entre les pays et les disparités en leur sein

- 52.** La recherche de l'équité exige que les interventions destinées à améliorer la santé accordent la priorité aux plus pauvres ainsi qu'aux personnes marginalisées et vulnérables. Les peuples autochtones et les communautés tribales doivent être ciblés en premier, tout comme d'autres groupes.³⁷ Les pays doivent prendre soin de les inclure, d'assurer l'accès à des services de santé dispensés de manière acceptable au plan culturel et de recueillir et d'utiliser des données spécifiques afin que ces populations prennent des décisions adéquates et exercent pleinement les prérogatives de leur citoyenneté. Les interventions sanitaires doivent être adaptées aux caractéristiques particulières de chaque groupe.
- 53.** La santé sexuelle et génésique est un thème d'importance prioritaire dans cette Région. Il est indispensable d'accorder à la femme une attention continue, qui commence avec les soins de santé antérieurs à la conception de l'enfant, se poursuit pendant la grossesse, l'accouchement et la période postnatale, y compris la prise en charge du nouveau-né. S'agissant des femmes enceintes séropositives au VIH, il convient de leur fournir un contexte d'accouchement conforme aux protocoles établis, en réduisant au plus la probabilité de transmission du virus au nouveau-né, auquel il faut garantir un substitut au lait maternel pendant ses six premiers mois de vie. L'accès aux contraceptifs est essentiel pour réduire le nombre de grossesses non désirées ainsi que la morbidité et la mortalité maternelle; d'ailleurs, certains de ces contraceptifs préviennent la transmission d'infections sexuelles, dont le VIH/SIDA. Il y a lieu de renforcer le rôle joué par les hommes dans la promotion de la santé sexuelle et génésique,
- pour éviter de surcharger les femmes en leur confiant exclusivement la responsabilité d'assumer ce volet important du développement humain.
- 54.** S'agissant des adolescents et des jeunes adultes, il faut généraliser l'apport de soins de santé complets, dont la promotion de la croissance juvénile, du diagnostic et du traitement des troubles mentaux, la prévention des comportements à risque ainsi que la lutte contre les problèmes tels que la lutte contre le tabagisme, l'alcoolisme, la toxicomanie, le suicide, la grossesse non souhaitée, la violence et les infections sexuellement transmissibles, dont le VIH/SIDA.
- 55.** L'entretien de la capacité à fonctionner chez l'adulte doit faire l'objet de programmes de santé ciblant spécifiquement ce groupe. Combiner ces interventions sanitaires avec l'apport de subventions économiques et alimentaires est fondamental pour amener les adultes à suivre les programmes de promotion de la santé. La formation des agents de la santé à l'emploi des technologies de soins aux personnes âgées doit être une priorité et donner lieu à l'organisation de programmes pédagogiques spéciaux axés sur les soins primaires de santé.
- 56.** L'autorité sanitaire nationale doit promouvoir la parité entre les sexes dans la formulation et dans la mise en oeuvre des politiques et des programmes de santé. Dans le suivi et l'évaluation, il faut systématiquement utiliser des données ventilées par sexe.
- 57.** La communauté qui finance le développement doit envisager d'aligner son appui sur les domaines d'intervention définis dans ce Programme et sur les priorités que se sont fixés les pays de la Région. L'objectif est d'augmenter la capacité du secteur de la santé à parvenir aux buts et aux objectifs convenus à l'échelle internationale, ainsi que de réduire les inégalités que masquent souvent les moyennes nationales.

e) *Faire reculer les risques et la charge de morbidité*

58. Sans relâcher les efforts destinés à endiguer la transmission des maladies infectieuses, les pays des Amériques doivent privilégier les mesures de prévention et de contrôle des maladies non transmissibles qui sont devenues la cause principale de mortalité et de morbidité dans la Région. Il faut prendre ou renforcer des mesures spécifiques dans le but d'endiguer le diabète, les maladies cérébrales et cardiovasculaires et les types de cancer de grande prévalence, tout comme l'hypertension artérielle, les dyslipidémies, l'obésité et le manque d'exercice physique. Dans le but de combler le manque croissant de soins de santé mentale, il faudra formuler ou mettre en oeuvre des politiques qui prévoient l'extension de ces programmes et services. Chaque pays devra cibler des mesures destinées à faire reculer les risques et la charge de morbidité en fonction de l'âge et du lieu géographique, conformément à ses besoins.

59. L'autorité sanitaire nationale doit s'investir de près dans la promotion d'un

mode de vie et d'un milieu propices à la santé. Les changements de comportement ne pourront perdurer qu'à condition de s'accompagner de modifications dans le milieu, les institutions et les politiques de sorte que les personnes puissent véritablement opter pour une façon de vivre basée sur une alimentation saine, l'exercice physique et le rejet du tabagisme. Pour ce faire, il convient d'oeuvrer avec le milieu industriel, les médias et autres intervenants stratégiques pour produire et commercialiser des aliments plus sains; il faut interpeller le milieu de l'enseignement pour que les écoles donnent l'exemple en matière d'alimentation et encouragent l'adoption d'habitudes saines.

60. Il est nécessaire de maintenir le cap, de créer des contextes favorables et d'innover dans la lutte contre les maladies transmissibles qui continuent à faire souffrir les populations des Amériques. Il convient d'intensifier les efforts pour endiguer les maladies qui touchent de manière disproportionnée les pays en développement, qui sont le lot des couches pauvres de la société et que l'on peut éliminer.³⁸



f) Renforcer la gestion et le développement des travailleurs de la santé

- 61.** En collaboration avec d'autres parties prenantes, les Gouvernements doivent relever les cinq défis critiques suivants:³⁹ (a) la formulation et la mise en oeuvre de politiques et de plan factuels à long terme dans le but de développer les effectifs dans le secteur de la santé; (b) l'élaboration de solutions de nature à remédier aux inégalités de répartition des effectifs de santé, en affectant plus de personnel aux populations les plus nécessiteuses; (c) la promotion d'initiatives nationales et internationales qui permettront aux pays en développement de conserver leurs effectifs de santé et d'éviter les carences de personnel; (d) l'amélioration des capacités de gestion du personnel et des conditions de travail pour renforcer l'engagement que les agents de santé ont pris envers la mission de leur institution et (e) le rapprochement des établissements de formation et des services de santé en vue de planifier conjointement les besoins et les profils professionnels futurs.
- 62.** Les conditions de travail et la santé proprement dite de l'agent de santé sont des facteurs à considérer pour conserver les personnes qualifiées et garantir la qualité des services offerts à la population. Il convient d'insister sur la formation du

personnel en santé publique dans une optique multidisciplinaire, en s'attachant à ce que les profils professionnels de l'équipe de santé concordent avec la réalité de chaque pays.

- 63.** En matière de savoir et d'acquisition des connaissances, il faut développer des cadres techniques communs, évaluer leur mise en place à l'aide de systèmes de mesure comparables entre les pays, financer des recherches et mutualiser les pratiques convenables reposant sur des faits démontrés. S'agissant de politiques, il convient d'encourager l'emploi de méthodes contractuelles conformes à la déontologie et la protection des travailleurs migrants, de surveiller les grands flux de migration dans un souci d'équité et de justice et d'oeuvrer en faveur de la viabilité budgétaire.
- 64.** La prolifération et la diversification des offres de services tout comme des ressources humaines qualifiées exigent d'accorder une attention particulière au développement des systèmes d'accréditation et aux instruments de réglementation qui sont les garants de la qualité. Il faut intensifier les activités de collaboration entre l'autorité sanitaire nationale, les établissements pédagogiques, les prestataires de services et les associations d'entreprise dans le but de faire concorder les profils professionnels de premier, deuxième et troisième cycle avec les besoins des systèmes de santé.



g) Mettre à profit le savoir, la science et la technologie

65. Avant de prendre des décisions, il faut que les pays procèdent à une synthèse et à une évaluation systématique des connaissances pour les mettre à profit, de manière à sélectionner des interventions adaptées et probantes. À cet effet, il faut que l'Amérique latine et les Caraïbes oeuvrent constamment au développement des capacités requises. De même, il y a lieu de favoriser l'établissement des moyens de recherche et l'utilisation du savoir à l'échelle locale.
66. Il est nécessaire de conforter les travaux de recherche pour mieux cerner la relation entre les déterminants de la santé et leurs incidences, sélectionner les interventions et identifier les acteurs auprès de qui rechercher l'établissement d'alliances ou avec qui influencer sur le cours des politiques publiques.
67. Il faut étendre les travaux de recherche aux médecines complémentaires et traditionnelles dans le but d'en déterminer la pertinence et l'efficacité et ainsi contribuer au bien-être de la population.
68. Il faut que la bioéthique se diffuse et s'applique davantage dans les pays des Amériques, dans le but de protéger la qualité des recherches et le respect de la dignité humaine, ainsi que de sauvegarder la diversité culturelle, l'application des connaissances médicales et leur prise en compte dans les décisions touchant à la santé publique.
69. Tout un chacun doit pouvoir bénéficier du progrès et avoir accès à l'information et à l'éducation dans le domaine de la santé. Les pays doivent renforcer les capacités et le niveau de diffusion scientifique, la confiance du public dans les résultats de recherche et la qualité du savoir qui sous-tend les mesures prises dans le domaine de la santé. L'autorité sanitaire nationale doit consolider ses capacités de gestion de l'information et du savoir, ainsi que les alliances établies avec ceux qui produisent les connaissances, en encourageant, selon le besoin, les mécanismes de financement qui ciblent spécifiquement les recherches factuelles utiles à l'élaboration de politiques.
70. Dans son rôle de tutelle, l'autorité sanitaire nationale doit garantir que les médicaments, les technologies et les intrants à usage médical sont, comme il se doit, de qualité, sans danger et efficaces. Et, en parallèle, elle doit encourager l'utilisation rationnelle de ces produits.
71. Il est nécessaire de renforcer la surveillance sanitaire au niveau local, national régional et mondial. Il faut renforcer la capacité des équipes locales de santé à mener les démarches d'analyse épidémiologique qui produiront les données scientifiques destinées à la planification sanitaire et la surveillance des interventions et leur évaluation. Il faut normaliser les informations de santé afin de permettre la comparaison entre les pays et au sein d'entre eux, puis suivre et évaluer les progrès accomplis vers la réalisation des objectifs de santé.



h) Renforcer la sécurité sanitaire

72. Les pays des Amériques doivent se préparer et prendre des mesures intersectorielles pour faire face aux catastrophes, pandémies et maladies qui nuisent à la sécurité nationale, régionale et mondiale. Le nouveau Règlement sanitaire international (RSI 2005) ouvre aux nations de nouvelles possibilités pour renforcer les capacités de santé publique et collaborer entre elles. Les pays des Amériques doivent assumer les obligations nouvelles découlant du RSI dans le but de prévenir et d'endiguer la propagation des maladies à l'intérieur et à l'extérieur de leurs frontières.⁴⁰

73. La sécurité sanitaire exige l'élaboration de stratégies de préparation aux imprévus qui dépassent le cadre national, à l'aide de processus efficaces et durables d'intégration à l'échelon infrarégional, régional et mondial. Il convient de renforcer le travail mené en collaboration

avec les secteurs de l'agriculture et de l'élevage afin de prévenir et d'endiguer les zoonoses. Il est essentiel que les pays poursuivent la modernisation et l'harmonisation des textes législatifs dans le but de renforcer des modes de production et de commercialisation sans danger des denrées alimentaires.

74. Confrontés à des situations qui menacent la sécurité sanitaire, les pays des Amériques et les organisations internationales se doivent de collaborer, dans un esprit de solidarité, avec les autorités nationales de manière à intervenir au profit de la population, sans délai et avec efficacité.

75. En guise de volet d'une politique de santé publique conjointe, les pays des Amériques devraient élaborer un exercice de préparation pour faire face à l'éventualité d'une pandémie de grippe. Cet exercice devrait inclure tous les volets en rapport avec les préparatifs à mener pour contrer ce type de maladie à l'échelon national, régional et mondial.





Notes et références

- ¹ Dans les pays à régime fédéral, l'Agence orientera l'élaboration des plans infranationaux de santé.
- ² L'équité entre les sexes s'entend au sens d'apporter des réponses adaptées aux besoins de santé particuliers des hommes et des femmes.
- ³ Organisation mondiale de la Santé. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. *Acción sobre los determinantes sociales de la salud: el aprendizaje de las experiencias anteriores*. OMS, Genève, 2005.
- ⁴ Comisión Económica para América Latina y el Caribe. *Anuario Estadístico de América Latina y el Caribe*. CEPAL, Santiago, 2005.
- ⁵ Comisión Económica para América Latina y el Caribe. *Panorama Social de América Latina 2006*. LC/G.2326-P/E. Décembre 2006.
- ⁶ Fin 1990, l'écart dans l'espérance de vie à la naissance entre les groupes de population les plus riches et les plus pauvres était de 9,8 ans (75,6 et 65,8, respectivement). En l'an 2000, les calculs établissent que l'espérance de vie à la naissance dans différents pays de la Région s'échelonnait entre un minimum de 54,1 ans et un maximum de 79,2 ans. Entre 1950-1955 et 1995-2000, l'écart dans l'espérance de vie des hommes et des femmes s'est creusé 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.
- ⁷ La croissance était comprise entre 0,4 % dans les Caraïbes non hispanophones et 2,1 en Amérique centrale.
- ⁸ Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población de las Naciones Unidas. *El envejecimiento mundial de la Población 1950-2050*. New York, 2002.
- ⁹ Une disponibilité qui ne garantit pas, pour autant, que l'eau est potable, le contrôle de qualité variant selon le pays d'Amérique latine ou des Caraïbes considéré.
- ¹⁰ Programme de suivi conjoint, JMP (OPS/UNICEF). Information actualisée en 2004 pour le suivi de la cible 10 (objectif 7 de développement pour le millénaire): « Réduire de moitié, d'ici l'an 2015, le pourcentage de la population qui n'a pas accès de façon durable à un approvisionnement en eau potable et à un meilleur système d'assainissement ».
- ¹¹ Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes. Bilan préliminaire des économies d'Amérique latine et des Caraïbes. LC/G.2292-P/E. Décembre 2005. Ces chiffres incluent les Etats-Unis.
- ¹² Organisation internationale du Travail / Organisation panaméricaine de la Santé. Panorama de la exclusión de la protección social en Salud en América Latina y El Caribe. Rapport présenté à la Réunion régionale tripartite consacrée à « l'extension de la protection sociale en matière de santé aux groupes marginalisés en Amérique latine et dans les Caraïbes » (Mexico, 29 novembre – 1er décembre 1999).
- ¹³ La Société de coopération technique d'Allemagne (GTZ) et l'Organisme de Norvège pour le développement international (NORAD) ont fait savoir qu'ils suspendront leur appui aux programmes de santé dans la Région ces années à venir ou bien que leur coopération sera destinée à un nombre plus restreint de pays d'Amérique latine et des Caraïbes. L'Agence du Canada pour le développement international (ACDI) axera son action sur cinq pays. D'autres instances, comme l'Agence des Etats-Unis pour le développement international (USAID), se heurtent à toujours plus de difficultés pour obtenir le financement destiné aux programmes de santé dans la Région.
- ¹⁴ Kohn R, Levav I, Caldas de Almeida JM, Vicente B, Andrade L, Caraveo-Anduaga JJ, Saxena S, Saraceno B. Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. *Rev Panam Salud Pública*. 2005;18(4/5):229-40. Les auteurs indiquent que « le déficit de traitement des maladies mentales en Amérique latine et dans les Caraïbes reste colossal et [que], selon les estimations, le nombre de personnes atteintes de ces troubles dans la Région des Amériques aura progressé de 114 millions en 1990 à 176 millions en 2010 ».
- ¹⁵ Certains auteurs ont créé l'expression « polarisation épidémiologique » pour qualifier ce profil de morbidité-mortalité.
- ¹⁶ La communauté internationale a créé l'expression « maladies négligées » pour qualifier ces affections. Dans les Amériques, ces maladies sont regroupées comme suit: (a) en quartier pauvre : éléphantiasis, lèpre et leptospirose; (b)

en zone rurale: fièvre de l'escargot (esquistosomiasis), fascioliasis, kala-azar (leishmaniose viscérale) et leishmaniose cutanée, maladie de Chagas, cysticercose, triquinosis et peste; (c) dans quelques communautés autochtones: cécité des rivières (onchocercose) et maladies parasitaires de la peau (escabiose, infections par puces de sable et infections fongiques) et (d) dans la majorité des populations pauvres : ascariase, oncinariase y tricurose (helminthiases transmises par contact avec le sol).

- ¹⁷ En Amérique latine et dans les Caraïbes, la mortalité infantile a reculé de 56,6 à 24,8 pour 1 000 naissances vivantes entre 1980 et 2005.
- ¹⁸ Comisión Económica para América Latina y el Caribe. *Objetivos de Desarrollo del Milenio: una mirada desde América Latina y el Caribe*. Santiago, 2005.
- ¹⁹ Organisation panaméricaine de la Santé. La santé des peuples autochtones des Amériques. 138e session du Comité exécutif. CE138/13. OPS, Washington, D.C., 12 juin 2006.
- ²⁰ Organisation panaméricaine de la Santé. Sexospécificité, santé et développement dans les Amériques – Indicateurs de base. OPS, Washington, D.C., 2005.
- ²¹ Banque mondiale. *Evidencia internacional sobre políticas de la primera infancia que estimulen el desarrollo infantil y faciliten la inserción laboral femenina*. Document de travail 01/06 du Bureau pour l'Argentine, le Chili, le Paraguay et l'Uruguay. Banque mondiale, mai 2006.
- ²² Bedregal P., Margozzini P. y Molina H. Revisión sistemática sobre eficacia y costo de intervenciones para el desarrollo biopsicosocial de la niñez. Organisation panaméricaine de la Santé, Washington D.C., 2002.
- ²³ Rapports annuels des pays à l'Unité d'immunisation du Bureau sanitaire panaméricain, à l'aide des tableaux du PEV/Formulaires con joints pour la déclaration à l'OPS–OMS/UNICEF pour les Amériques (données de 2005).
- ²⁴ La segmentation correspond à la coexistence de sous-systèmes auxquels s'attachent des modalités de financement, d'affiliation et de prestation particuliers, « spécialisés » selon le segment de population considéré, qui sont fonction du revenu et du statut économique. Cette segmentation se traduit, en termes de prestations et d'assurances, par l'existence d'un sous-ensemble public orienté sur les pauvres, d'un sous-ensemble de sécurité sociale spécialisé dans les travailleurs du secteur formel et leurs personnes à charge et d'un sous-ensemble privé à but lucratif, ciblant les couches les plus riches de la population.
- ²⁵ Dollars ajustés en fonction de la parité du pouvoir d'achat – ppa.
- ²⁶ Organisation panaméricaine de la santé. Base de données sur les dépenses de santé, 2006.
- ²⁷ L'OMS et la *Joint Learning Initiative* ont proposé l'adoption d'une mesure intitulée « Densité des ressources humaines de santé », qui est en rapport avec la somme des indicateurs disponibles pour tous les pays : nombre de médecins et d'infirmières pour 10 000 habitants. La mesure de densité à l'aide de cette méthode est imparfaite puisqu'elle ne tient pas compte des autres agents de santé mais c'est la seule qui permet les comparaisons à l'échelle mondiale.
- ²⁸ *Salud Pública en las Américas*. (OPS/OMS, Washington, D.C., 2002). Il ressort de l'analyse de la fonction essentielle de santé publique no 8 (capacité de formation des ressources humaines en santé publique), dans l'exercice de mesure élaboré par l'OPS et le CDC en l'an 2000 et 2001, qu'il existe un manque de coordination entre les ministères de la Santé et les centres pédagogiques pour planifier le nombre et les profils professionnels des personnes à recruter aux différents échelons et structures des systèmes de santé de la Région. En outre, les conclusions de travaux de plusieurs réunions régionales de centres pédagogiques ont souligné la nécessité de développer les capacités à diriger et à trouver des solutions à des problèmes nouveaux et régler des conflits susceptibles d'intervenir dans les services de santé. Les méthodes d'enseignement à employer pour l'acquisition de ces capacités doivent davantage relever de l'aptitude à régler les problèmes plutôt que du cours théorique qui fait de l'étudiant un sujet passif dans l'enseignement et l'acquisition des connaissances.
- ²⁹ D'après des études commanditées par le *Council for Health Research and Development (COHRED)*, seuls trois pays de la Région ont augmenté leurs fonds de recherche destinés à des projets d'investigation essentielle en matière de santé, définie comme étant destinée à étayer sur des faits les décisions touchant à la politique de santé.
- ³⁰ Dans les pays à régime fédéral, cela inclut tous les services de santé, à tous les échelons, investis de responsabilités politiques et programmatiques.

- ³¹ *Salud Pública en las Américas*. (OPS/OMS, Washington, D.C. 2002) définit onze fonctions essentielles de santé publique: (1) suivi, évaluation et analyse de la situation sanitaire; (2) surveillance de la santé publique, investigation et contrôle des risques et des préjudices à la santé publique; (3) promotion de la santé; (4) participation des citoyens à la promotion de la santé; (5) élaboration de politique et développement des capacités institutionnelles de planification et de gestion en matière de santé publique; (6) renforcement des capacités institutionnelles de réglementation et de budgétisation en matière de santé publique; (7) évaluation et promotion de l'équité dans l'accès 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) atténuation de l'impact des urgences et des catastrophes sanitaires.
- ³² Au nombre des variables retenues dans ce groupe citons: (a) exclusion sociale: revenu, sexe, niveau d'études, origine ethnique et invalidité; (b) exposition aux risques: mauvaises conditions de vie et de travail, modes de vie préjudiciables à la santé, désinformation, difficultés à se procurer eau et nourriture, et contamination des sols, de l'eau, de l'air et des aliments; (c) urbanisation sauvage qui aigüise les difficultés en matière d'approvisionnement en eau, d'assainissement et de logement et (d) parmi les incidences du changement climatique figurent les inondations, sécheresses et maladies à transmission vectorielle, qui touchent plus durement les populations pauvres.
- ³³ Déclaration de Djakarta sur le leadership en matière de promotion de la santé au 21^e siècle. Quatrième « Conférence internationale consacrée à la promotion de la santé: nouveaux acteurs pour une ère nouvelle – Ou les chefs de file de la promotion de la santé au 21^e siècle » (Djakarta, 21–25 juillet 1997).
<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/declaration/en/>
- ³⁴ La menée de diverses initiatives au Canada, aux États-Unis, au Mexique et dans d'autres pays de la Région a montré l'efficacité des programmes prévoyant l'accompagnement des familles exposées à un risque d'ordre psychosocial à l'aide de visites à domicile par les agents de santé, d'efforts visant à stimuler le développement précoce de la personne, d'une humanisation des soins lors de l'accouchement et d'autres actes médicaux, de l'établissement de liens probants entre parents et enfants, d'un soutien pour améliorer la résistance aux chocs et de la prévention de la violence familiale et sociale, de la pharmacodépendance et de l'échec scolaire.
- ³⁵ Comisión Económica para América Latina y el Caribe. *La protección social de cara al futuro: Acceso, financiamiento y solidaridad*. LC/G.2294(SES.31/3)/E. Febrero 2006.
- ³⁶ Conditions entendues dans ce Programme au sens suivant: (a) accès aux services: existence des services nécessaires pour assurer les soins de santé et accès physique et économique des personnes à ces services; (b) sécurité financière: le financement de la santé ne menace pas la stabilité économique du foyer ou l'épanouissement de ses membres; (c) solidarité dans le financement: existence de subventions croisées entre les générations et entre les groupes présentant des niveaux de risque et de revenu différents; et (d) dignité et respect des droits des patients dans les soins de santé: des services de qualité dispensés dans un cadre respectueux des droits ainsi que du contexte culturel, racial et socio-économique de la personne.
- ³⁷ Parmi les groupes méritant une attention particulière, soulignons les migrants, les personnes déplacées, les prisonniers, les minorités ethniques et les personnes souffrant de troubles physiques et mentaux
- ³⁸ Une liste de ces maladies figure à la note 16.
- ³⁹ Organisation panaméricaine de la Santé et Health Canada. Llamado a la Acción de Toronto:
<http://www.observatoriorh.org/Toronto/index-sp.html>
- ⁴⁰ En vertu de l'entrée en vigueur du Règlement sanitaire international (RSI), les pays membres de l'OMS assument les obligations suivantes : (1) désigner ou ouvrir un centre national pour le RSI; (2) renforcer et entretenir les moyens destinés à détecter les événements de santé publique, à les déclarer et à intervenir sans tarder; (3) donner suite aux demandes de vérification d'information dans le cas d'un risque attentatoire à la santé publique; (4) évaluer les événements de santé publique dans la prise de décisions et avertir l'OMS sous 24 heures de tout événement susceptible de constituer une urgence de santé publique d'ampleur nationale; (5) instituer des inspections systématiques et des activités de contrôle pour empêcher la propagation des maladies à travers le monde; (6) faire tout ce qui est possible pour mettre en oeuvre les mesures recommandées par l'OMS et (7) collaborer avec les autres pays et avec l'OMS à l'application du RSI (2005).

