



ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ



45^e CONSEIL DIRECTEUR

56^e SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL

Washington, D.C., E-U, 27 septembre-1^{er} octobre 2004

Point 4.2 de l'ordre du jour provisoire

CD45/4 (Fr.)
13 septembre 2004
ORIGINAL :

ESPAGNOL

LA SANTÉ, COMPOSANTE ESSENTIELLE DES OBJECTIFS DE DÉVELOPPEMENT EXPRIMÉS DANS LA DÉCLARATION DU MILLÉNAIRE

--

RAPPORT ANNUEL DE LA DIRECTRICE 2004

Aux Pays Membres

En vertu des dispositions de la Constitution de l'Organisation panaméricaine de la Santé, j'ai l'honneur de présenter le rapport annuel correspondant à la période 2003-2004 sur les activités du Bureau sanitaire panaméricain, Bureau régional de l'Organisation mondiale de la Santé. Ce rapport analyse –dans le cadre du Plan stratégique du Bureau sanitaire panaméricain pour la période 2002-2007 défini par les Organes directeurs de l'Organisation panaméricaine de la Santé– les faits marquants dans la réalisation du programme de coopération technique au cours de la période en question.

Le présent rapport fait pendant au *Rapport financier du Directeur et Rapport de l'Auditeur externe, 1^{er} janvier 2002-31 décembre 2003*.

Mirta Roses Periago
Directrice

Table des matières

Une année de réussites et de nouveaux défis	4
La santé, composante essentielle des Objectifs de Développement exprimés dans la Déclaration du Millénaire	6
Le cadre de la coopération technique de l'Organisation panaméricaine de la Santé	10
Coopération technique centrée sur les pays	25
Alliances stratégiques en faveur de la santé	45
L'Organisation panaméricaine de la Santé en action	49
Sigles	51

Les Objectifs de Développement exprimés dans la Déclaration du Millénaire des Nations Unies témoignent d'un consensus politique sans précédent sur l'état du monde et leur vision de l'avenir. Ils établissent des buts mesurables et des échéances spécifiques pour le progrès de l'humanité. Ces buts peuvent être atteints si nous sommes capables de les convertir dans le drapeau, les rêves, les aspirations et les souhaits des personnes, des groupes, des familles, des communautés et des nations. Ils peuvent être atteints si nous sommes capables d'enthousiasme et si nous sommes capables d'engager les efforts individuels et collectifs d'une multiplicité de réseaux avec les langues, les croyances et les réalités diverses. Si nous sommes capables de régénérer la confiance, la compréhension et la solidarité entre les pays.

Dr Mirta Roses Periago

UNE ANNÉE DE RÉUSSITES ET DE NOUVEAUX DÉFIS

Nous devons faire ce qui convient. Nous devons le faire dans les endroits qui conviennent. Et nous devons le faire de la manière qui convient.

Dr LEE Jong-wook, Directeur général de l'OMS

« Nous allons déferler, comme une vague d'optimisme et de détermination, sur toute la société continentale et ses amis et alliés dans un élan d'espérance et de volonté ... »

Dr Mirta Roses Periago, Directrice de l'OPS

Pour l'Organisation panaméricaine de la Santé, 2003 a été une année de grands défis et d'importantes réussites en matière de santé publique, où le travail conjoint de tous les pays a démontré une fois de plus, que le capital principal de la Région est constitué de ses gens, de leur créativité et de leur capacité de travail. Elle a également été l'année pendant laquelle les engagements ont été renouvelés pour promouvoir la santé pour tous et réduire l'exclusion sociale et les inégalités en santé, caractéristiques qui continuent à marquer fortement la dynamique sociale, politique et économique de la Région.

Elle a également été l'année pendant laquelle j'ai pris mes fonctions à la Direction —le 1^{er} février—, pour conduire depuis lors le destin de l'Organisation. Ma direction a porté ses efforts sur l'accomplissement de l'agenda inachevé, elle a cherché à protéger les réussites obtenues et à relever les nouveaux défis dans le domaine de la santé, dans le but d'atteindre les objectifs de développement du millénaire en rénovant les soins de santé primaires, en élargissant la protection sociale et en recherchant l'équité dans la santé.

Le syndrome aigu respiratoire sévère (SARS), qui est en fait la première épidémie du XXI^e siècle, a fait la preuve que le travail solidaire, coordonné, transparent et conjoint des institutions et des pays peut atténuer les dommages que provoquent les nouvelles maladies au sein des populations. De leur côté, les pays centraméricains et andins ont négocié collectivement avec l'industrie pharmaceutique des prix plus accessibles pour l'acquisition de médicaments antirétroviraux, réussissant ainsi à obtenir des réductions importantes des coûts dans le but d'étendre l'accès au traitement pour les personnes qui vivent avec le VIH/SIDA.

En décembre 2003, l'Amérique centrale a été déclarée région libre du choléra, cinq ans après que les dirigeants des pays d'Amérique centrale s'étaient engagés à l'éliminer, en signant la Déclaration de Costa del Sol, en réponse aux effets dévastateurs de l'ouragan Mitch.

Pour la première fois dans la Région, 19 pays ont décidé d'une date commune pour vacciner la population susceptible et ils ont immunisé plus de 16 millions d'enfants. Au cours de la Semaine de Vaccination des Amériques 2004, plus de 40 millions de personnes ont été vaccinées dans toute la Région, lors de la deuxième activité collective simultanée à laquelle ont participé tous les pays des Amériques. En dépit de sa grave crise politique, Haïti a réussi à vacciner 150.000 personnes dans certaines municipalités.

De long en large dans l'ensemble de la Région, les travailleurs de la santé, les chefs des communautés, les dirigeants et les groupes autochtones, les autorités religieuses, les universitaires et professionnels, les volontaires, et les autorités sanitaires et politiques de tous les niveaux ont commémoré les 25 ans de la Conférence internationale sur les soins de santé primaires qui s'est tenue à Alma-Ata en 1978.

Lors de la fête de la Santé pour Tous, il y a eu des chants, des danses et des poèmes, des débats et des révisions. Y ont été honorés ceux qui avaient participé à la session historique, ceux qui y ont adhéré, les pionniers et ceux qui ont stimulé les efforts, et les dénommés « ministres de la santé d'Alma-Ata », qui ont initié et accéléré l'application de la stratégie des soins de santé primaires dans leurs pays respectifs.

De même, en conformité aux engagements de gestion pris par le Bureau, une ligne d'action a été adoptée qui favorise la transparence, l'efficacité et la rentabilité sur la base de résultats visibles concernant les progrès plus rapides et plus équitables du développement régional de la santé. De nouveaux processus et instruments sont en cours d'établissement, auxquels sont appliqués des critères d'austérité et de prudence dans la gestion des ressources de l'Organisation.

Il reste beaucoup à faire. Entre autres objectifs, il reste à éradiquer l'exclusion et la discrimination dont souffrent encore les personnes qui vivent avec le VIH/SIDA, à améliorer la qualité de l'environnement (le thème principal de la Semaine de la Santé 2003 a été « Préparons l'avenir de la vie : environnements sains pour les enfants »), à réussir en sorte que la population du continent soit plus active (50% seulement de cette population se livrent à des exercices physiques de manière quotidienne), et à améliorer la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles.

Tous unis, nous avons résolument entrepris de répondre à l'appel commun. Nous formons ensemble une seule équipe dont le but est le même : la santé des peuples des Amériques.

LA SANTÉ, COMPOSANTE ESSENTIELLE DES OBJECTIFS DE DÉVELOPPEMENT EXPRIMÉS DANS LA DÉCLARATION DU MILLÉNAIRE

Les Objectifs de Développement de la Déclaration du Millénaire (ODM) ont accordé une place prépondérante à l'investissement dans la santé des personnes dans le programme de développement du XXI^e siècle et ils offrent à la santé publique communautaire un point d'accès inestimable pour améliorer la situation sanitaire des populations. Trois des huit ODM se rapportent directement à des thèmes de la santé : réduction de la mortalité infantile, amélioration de la santé maternelle, et lutte contre l'infection par le VIH/SIDA, le paludisme et autres maladies infectieuses. Sept des 18 buts ont un rapport direct avec la responsabilité du secteur de la santé : malnutrition, mortalité infantile, mortalité maternelle, infection par le VIH/SIDA, le paludisme et autres maladies infectieuses, eau potable et médicaments essentiels. Cette priorité accordée à la santé met en relief le nouveau consensus voulant que la santé n'est pas seulement un résultat ou une conséquence du développement, mais aussi un facteur critique essentiel pour le réaliser.

Certains des principaux obstacles auxquels se heurtent les pays des Amériques pour réaliser les ODM se trouvent dans le domaine de la santé. Étant donné la relation forte et dynamique entre la pauvreté et la situation de la santé, les progrès qui se font pour réduire de moitié la pauvreté et la faim d'ici l'année 2015 constituent une entreprise difficile pour la réalisation des ODM. La réduction des inégalités revêt une importance particulière pour les Amériques. Les projections actuelles pour l'ensemble de la Région indiquent que si la tendance actuelle se maintient, les objectifs établis pour la mortalité infantile et la mortalité maternelle ne pourront pas être atteints, même si la situation varie considérablement entre les pays et les différents groupes de population, ainsi qu'entre les indicateurs des projections. Par exemple :

- Mortalité infantile. Une étude de cas effectuée par l'OPS montre que si les tendances actuelles ne changent pas, la réduction de la mortalité des enfants de moins de cinq ans atteindrait 54%, pourcentage inférieur aux deux tiers (67%) établis comme objectif. En 2003, le taux de mortalité infantile a varié de 5,3 pour 1.000 naissances vivantes au Canada, à 80,3 pour 1.000 naissances vivantes en Haïti.
- Mortalité maternelle. Les taux de mortalité maternelle sont eux aussi très extrêmes, variant de 16 pour 100.000 naissances vivantes à Cuba, à 680 pour 100.000 naissances vivantes en Haïti. Au cours de la dernière décennie, la mortalité maternelle a augmenté dans quelques

pays et a diminué de façon importante dans d'autres. On estime que la réduction annuelle nécessaire à l'effort supplémentaire requis entre les années 2000 et 2015 pour atteindre l'objectif varie de 1,6% en Uruguay à 15,1% au Panama.

- VIH/SIDA. L'épidémie de VIH/SIDA est bien enracinée dans les Amériques, avec une prévalence nationale d'infection par le VIH d'au moins 1% dans 12 pays, tous situés dans les Caraïbes, et une prévalence d'infection par le VIH chez les femmes enceintes qui dépasse 2% dans six de ces pays. Dans la majorité des autres pays de la Région, l'épidémie se concentre davantage dans certaines zones ou certains groupes démographiques.
- Paludisme. On pense qu'au cours de l'an 2002, 31% de la population des Amériques résidait dans des zones comportant un risque potentiel de transmission de la maladie. Plus de 80% des cas notifiés actuellement proviennent des neuf pays qui partagent la forêt tropicale amazonienne en Amérique du Sud. Étant donné les grandes variations de l'incidence au cours de la dernière décennie, il est difficile de prévoir son évolution et il faudra un effort concerté entre les pays affectés pour réussir à atteindre l'objectif consistant à inverser l'épidémie.
- Eau et assainissement. Selon des rapports récents sur les progrès régionaux et mondiaux par rapport aux objectifs d'eau potable salubre et d'assainissement de base, en Amérique latine et dans les Caraïbes 89% de la population disposaient d'un accès à des sources d'eau potable salubre en 2002, ce qui représente une augmentation de 6% par rapport à 1990. La couverture de l'assainissement de base approprié était de 75%, 6% de plus par rapport à 1990. Ceci signifie que 59 millions de personnes environ en Amérique latine et dans les Caraïbes n'ont pas accès à une source d'eau potable salubre, et que 134 millions ne disposent pas d'un assainissement de base adéquat.
- Médicaments essentiels. Selon les estimations, le nombre de personnes ayant accès aux médicaments essentiels dans le monde entier est passé de 2,1 milliards à 4 milliards entre 1997 et 2003. Dans la Région des Amériques, moins de 53% des personnes vivant avec le VIH/SIDA qui ont besoin de traitement par des médicaments antirétroviraux ont accès à ceux-ci, en dépit de la réduction considérable du prix de ces produits au cours des trois dernières années. L'achat des médicaments continue à représenter jusqu'à 25% des dépenses des foyers dans certains pays de la Région, alors que dans d'autres, les médicaments représentent entre 50% et 60% des dépenses sanitaires directes par famille.

Actuellement, l'OPS accomplit un effort significatif pour intégrer les ODM dans son programme de travail, tant au niveau des pays qu'au niveau régional, et pour renforcer l'appui aux pays dans leur réalisation des objectifs convenus.

BUTS STRATÉGIQUES DE L'OPS POUR ATTEINDRE LES OBJECTIFS DE DÉVELOPPEMENT DANS LA RÉGION DES AMÉRIQUES

Plaidoyer : diffuser les priorités de santé fixées par les ODM par le biais d'une vaste gamme de dialogues de politique, d'alliances et d'action intersectorielle.

Politique : intensifier les activités en matière de développement sanitaire national, aborder les thèmes du financement insuffisant dans les systèmes de santé des pays prioritaires et assurer la protection sociale en santé aux niveaux régionaux et locaux pour appuyer les progrès sur la voie de la réalisation des ODM avec des initiatives de politiques sanitaires axées sur les résultats.

Coopération technique : appuyer les pays en vue de l'identification et de la mise en œuvre de stratégies nationales visant à atteindre les ODM concernant la santé.

Intégration : intégrer le travail lié aux ODM avec d'autres activités stratégiques dans le domaine du développement sanitaire, telles que la participation à la Commission sur la Macroéconomie et la Santé, les tentatives d'intégration sous-régionales et l'identification des biens publics régionaux faite par le groupe « l'OPS au 21^e siècle ».

Associations : promouvoir des alliances et accroître la coopération avec d'autres associés, en particulier les législateurs, les ministres des finances et de la planification, et les coordinateurs du développement, de la politique sociale et d'autres institutions et acteurs clés pour l'exécution et la réalisation des ODM au niveau des pays.

Pouvoir de décision : promouvoir l'instruction en santé de la population et le pouvoir de décision des communautés par le biais d'une intense participation de la société civile à tous les niveaux pour atteindre les ODM avec un critère spécial incluant les groupes ethniques, les populations autochtones et les femmes.

Suivi : améliorer la mesure et le suivi des progrès au moyen des données sanitaires désagrégées aux niveaux régionaux, sous-régionaux et des pays.

Recherche : initier des recherches pour renforcer la base des preuves scientifiques et produire de nouvelles connaissances, et étudier la synergie entre la santé et le développement.

Tous les niveaux de l'Organisation travaillent ensemble à ces buts stratégiques —les bureaux dans chaque pays, les centres panaméricains et le Siège régional— avec les gouvernements, les institutions de référence et les autorités, afin de répondre à l'urgence imposée par la réalité inacceptable de l'inégalité en termes de revenus qui affecte le continent américain. Une équipe stratégique a été établie au Bureau pour coordonner les actions relatives aux ODM, composées d'un conseiller principal de politique et d'un groupe de travail traitant des domaines clés en vue de la réalisation des ODM. Ce thème a été présenté dans les réunions des Organes directeurs de l'OPS et dans les réunions de dirigeants régionaux et sous-régionaux qui se sont tenues en Guyana, au Nicaragua et au Chili.

Différents domaines de travail ont réorienté leurs activités en vue de la réalisation des ODM. Le Domaine de la santé de la famille et de la santé communautaire a révisé son budget par programmes pour inclure les défis découlant des ODM. Le nouveau groupe de travail sur les soins de santé primaires a examiné l'importance des ODM dans ses délibérations stratégiques. Le Domaine du développement durable et de la santé a reformulé ses activités pour appuyer la réalisation des ODM et a défini l'inclusion du mouvement des municipalités saines. Enfin, l'expérience et l'infrastructure

obtenues dans l'élaboration des données essentielles en santé sont appliquées pour faciliter le suivi des indicateurs des ODM liés à la santé.

Si l'engagement de l'OPS à la réalisation des ODM est spécifiquement axé sur les pays prioritaires, tous les niveaux répondent activement et contribuent à la réponse dans chaque pays. La collaboration est étroite avec le système des Nations Unies pour progresser sur la voie de l'établissement de politiques sanitaires nationales avec une participation interinstitutionnelle et intersectorielle variée. Cette collaboration comporte l'intervention dans la planification et la formulation des cadres de politiques nationales de développement définies par les Nations Unies et les institutions de Bretton Woods dans le Système d'évaluation commune pour les pays et le Cadre de l'assistance des Nations Unies pour le développement, et les Documents de stratégie de réduction de la pauvreté de la Banque mondiale. La synchronisation de leurs contenus prend une nouvelle orientation pour coopérer à l'identification des groupes les plus vulnérables, ainsi qu'à la réalisation des exercices d'appui et d'ateliers nationaux destinés à harmoniser et compiler les données et les indicateurs requis pour le suivi des Objectifs de la Déclaration du Millénaire.

Les ODM ont fait l'objet des discussions dans différents fora dont le but était d'atteindre l'intégration sous-régionale, comme la Réunion du secteur santé d'Amérique centrale et de la République dominicaine (RESSCAD), la Réunion des Ministres de la Santé de la Zone andine, la Réunion des Ministres de la Santé du MERCOSUR et d'Amérique latine, et le Conseil de développement humain et social de la CARICOM. Ils s'inscrivent également dans l'Agenda commun, initiative conjointe de la Banque mondiale, de la BID et de l'OPS.

LE CADRE DE LA COOPÉRATION TECHNIQUE DE L'ORGANISATION PANAMÉRICAINE DE LA SANTÉ

L'agenda inachevé

La Région des Amériques continue à faire état avec fierté des avancées en matière de santé accomplies par la majorité de ses pays. Toutefois, dans des domaines déterminés des brèches importantes persistent entre pays et à l'intérieur des pays, qui mettent en relief l'immense dette sociale accumulée dans la Région.

Les retards dont font preuve certains indicateurs de santé des pays et des groupes de population par rapport aux moyennes de la Région, constituent le point de départ de l'agenda inachevé, compris comme l'expression de la volonté politique de l'OPS et de ses États Membres de centrer son attention sur un groupe d'objectifs prioritaires, parmi lesquels les Objectifs de Développement pour le Millénaire (ODM) occupent une place essentielle.

L'agenda inachevé reflète les principes d'équité et de respect du droit individuel et collectif à jouir de conditions de vie dignes, comme l'a défini l'appel à la Santé pour Tous.

Lutte contre la pauvreté extrême et la faim. Cet objectif est fondamental, parce que presque tous les autres dépendent du surpassement de la charge génératrice de l'exclusion et de la réduction des inégalités. Dans le cadre de l'Initiative des pays pauvres très endettés, la Bolivie, le Guyana, le Honduras et le Nicaragua ont incorporé les stratégies respectives de réduction de la pauvreté dans leurs priorités sanitaires, et comptent sur l'appui de la communauté internationale pour les appliquer. Le Brésil, la Colombie, la Jamaïque et le Mexique mettent en pratique des politiques de réduction de la pauvreté qui envisagent des actions multisectorielles avec la participation active du secteur de la santé.

Réduction de la mortalité chez les enfants âgés de moins de cinq ans. Le renforcement de la stratégie PCIME avec sa composante périnatale, approuvée par le 44^e Conseil directeur de l'OPS constitue la contribution la plus importante réalisée au cours de cette période concernant l'objectif de réduire de deux tiers la mortalité des enfants âgés de moins de cinq ans entre 1990 et 2015. Étant donné que la stratégie PCIME axe ses efforts sur le contrôle des maladies et des problèmes de santé qui provoquent les deux tiers de la mortalité des enfants âgés de moins de cinq ans, il s'agit là d'une des principales interventions à laquelle les pays doivent accorder une attention particulière pour réduire le taux de mortalité infantile.

Amélioration de la santé maternelle. En dépit des efforts considérables et constants réalisés pour étendre et améliorer les services de santé maternelle dans la Région —parmi lesquels la mise en œuvre au cours des dernières années de mécanismes de financement pour l'assistance de la mère et de l'enfant—, les taux de mortalité maternelle n'ont accusé que de légers changements au cours de la dernière décennie. Toutefois, en Bolivie le taux de mortalité maternelle a baissé de 41%, en passant de 390 pour 100.000 naissances vivantes en 1993 à 230 pour 100.000 naissances vivantes pour la période 1999-2002. Le Système d'information périnatale développé par le CLAP a fortement contribué à renforcer les systèmes de surveillance de la morbidité et de la mortalité maternelles et périnatales dans la Région.

Le Bureau applique la nouvelle stratégie de réduction de la mortalité et morbidité maternelles en Amérique latine et dans les Caraïbes approuvée à la 26^e Conférence sanitaire panaméricaine, en gardant à l'esprit que tant la Conférence que le groupe de travail sur la mortalité maternelle du Comité coordinateur interinstitutionnel régional ont recommandé comme objectif régional à moyen terme, de réduire à moins de 100 les décès maternels pour 100.000 naissances vivantes.

Lutte contre le VIH/SIDA. L'engagement régional à l'initiative voulant que trois millions de personnes dans le monde en développement aient accès au traitement antirétroviral avant la fin de 2005 représente un point clé de la réponse à la pandémie d'infection par le VIH. L'OPS travaille avec tous les pays pour étendre l'accès à la thérapie antirétrovirale aux personnes qui vivent avec le VIH, en particulier dans les pays d'Amérique centrale et des Caraïbes.

Avec les conseils techniques de l'OPS, les Chefs d'État des pays des Amériques se sont engagés à assurer un traitement antirétroviral à 600.000 personnes en 2005 dans la Déclaration de Nuevo León, signée par 34 pays réunis au Sommet extraordinaire des Amériques qui s'est tenu au Mexique en janvier 2004.

Le développement d'une analyse de la situation régionale a permis de donner priorité aux pays ayant le plus de charge et le moins de couverture du traitement antirétroviral. Ces pays sont Haïti, la République dominicaine, Belize, Jamaïque, Trinité-et-Tobago, Guyana, Suriname, Honduras, Guatemala et le Salvador. L'OPS a continué à appuyer les pays de la Région dans la formulation de nouvelles propositions à présenter au Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme (FMSTP) et elle a maintenu son engagement à contribuer avec les pays à l'exécution et au suivi des propositions qui ont déjà obtenu des subventions du Fonds.

Accès aux médicaments essentiels. Les résultats couronnés de succès des premiers tours de négociations sur les prix des médicaments antirétroviraux dans les Caraïbes, en Amérique centrale et dans les pays de la Zone andine, ont mis en relief la nécessité d'adopter une approche intégrée pour

promouvoir l'accès aux médicaments dans toute la Région. Le Bureau a entamé un processus consultatif en juillet 2003 en réalisant un examen préliminaire servant de base à la définition des priorités dans l'accès aux médicaments et fournitures de santé publique considérés essentiels. En juin 2004, une proposition destinée à améliorer la disponibilité des fournitures de santé publique de qualité et l'accès à ces fournitures dans la Région, a été présentée lors de la 134^e session du Comité exécutif. Les lignes stratégiques définies comprennent comme suit :

- La promotion d'une politique pharmaceutique générique cohérente pour accroître la disponibilité et l'usage de médicaments essentiels de qualité.
- L'élaboration de stratégies de restriction des coûts pour les fournitures essentielles de santé publique, qui abordent les thèmes de la fixation des prix et de la propriété intellectuelle.
- Le renforcement des systèmes de distribution des produits de base de la santé publique pour assurer la continuité de la fourniture.
- L'établissement de mécanismes d'acquisition —parmi eux, le Fonds de roulement régional pour les fournitures stratégiques de santé publique de l'OPS (le Fonds stratégique)— qui renforcent la capacité, la programmation et la planification dans chaque pays.

Initiative de santé des populations autochtones. Des alliances stratégiques régionales, sous-régionales et nationales ont été conclues, qui mettent l'accent sur une approche multidirectionnelle de la problématique autochtone. Cette approche se reflète dans la collaboration à d'autres projets régionaux comme l'Initiative « Faire reculer le paludisme » et la stratégie PCIME; la formation de coalitions intra- et intersectorielles avec les ministères de la santé, la Banque interaméricaine de développement, la Banque mondiale, le Fonds autochtone et d'autres instances gouvernementales et non gouvernementales, et la participation de l'OPS à des fora régionaux et mondiaux, tels que la V^e Conférence ibéroaméricaine sur l'enfance marginalisée, autochtone et de descendance africaine (2003) et les deuxième (2003) et troisième (2004) sessions du Forum permanent des Nations Unies sur les affaires autochtones.

L'incorporation de l'approche interculturelle dans les modèles de soins, entendue comme l'harmonisation entre les systèmes de santé autochtones et les systèmes de santé conventionnels a continué à recevoir priorité au cours de cette période. Cette approche s'est avérée être une stratégie valable pour améliorer la qualité des soins de santé en général et leur accès, et pour résoudre des problèmes prioritaires tels que la mortalité maternelle, la mortalité infantile, le manque d'eau et d'assainissement, le paludisme, la tuberculose, les infections sexuellement transmissibles et le VIH/SIDA.

Les progrès dans la disponibilité d'une information désagrégée par les variables d'ethnicité et de genre dans les pays comme le Brésil, l'Équateur, le Guatemala et le Nicaragua ont renforcé la capacité de gestion et l'adaptation de stratégies et d'interventions au contexte socioculturel de la population. L'évaluation de la Décennie internationale des populations autochtones, l'engagement renouvelé aux soins de santé primaires et le travail pour réaliser les ODM sont des opportunités qui permettent de faire des progrès sur la voie de l'équité dans un contexte de respect et de reconnaissance de la diversité culturelle des peuples des Amériques.

Au cours de 2003, a été initiée, en conformité aux recommandations du Comité exécutif, l'incorporation de l'approche de sensibilité et de transversalité ethniques dans les politiques publiques de santé. Les objectifs spécifiques dans le cadre de l'équité en santé sont de contribuer à l'inclusion sociale des minorités ethniques et raciales, d'améliorer leurs conditions de santé et de vie, et de contribuer à venir à bout des facteurs de discrimination qui persistent pour des raisons historiques et qui constituent des barrières à l'égalité des conditions dans la situation en santé et l'accès aux services.

Les domaines prioritaires définis par l'OPS pour réussir à incorporer la sensibilité ethnique dans les politiques de santé sont de : travailler avec les institutions chargées de collecter l'information statistique et avec les ministères de la santé afin d'introduire la variable ethnique dans les statistiques nationales; de rassembler et systématiser les expériences réussies dans le domaine de l'information et de l'organisation des services; d'appuyer les ministères de la santé dans la re-formulation des politiques, plans et programmes de santé en y introduisant la sensibilité ethnique; de promouvoir le développement de capacités dans la société civile qui permettent la participation efficace à la préparation des plans de santé avec une sensibilité ethnique; de travailler en coordination avec le PNUD et d'autres organismes et institutions financières internationales afin d'introduire la sensibilité ethnique dans les plans pour la réalisation des ODM.

Maladies non soignées dans des populations non assistées. Les personnes pauvres supportent généralement une charge élevée de morbidité due à une série de maladies transmissibles. Elles sont aussi généralement marginalisées par le secteur de la santé, ainsi que le sont les maladies qui les affectent. Cet ensemble, connu comme « les maladies non soignées dans des populations non assistées » pose un défi formidable quant à la réalisation des ODM et des engagements contractés par les États Membres, dont certains persistent depuis la tenue de la Conférence d'Alma-Ata en 1978, raison pour laquelle ils sont inclus dans l'agenda inachevé.

L'OPS a consacré une grande attention à l'élaboration d'une stratégie capable d'aborder ces maladies au moyen d'une approche intégrée et interprogrammatique dans le but de contrôler les nombreux risques pour la santé et de favoriser les facteurs protecteurs sur le court et le moyen terme.

La filariose lymphatique, les géohelminthiases, la schistosomiase et l'onchocercose ont été abordées par l'Organisation étant donné leur condition de maladies qui peuvent être supprimées. D'autres maladies et problèmes de santé publique non soignés, comme la peste et le typhus, seront incorporés prochainement dans le travail conjoint et le travail de coopération horizontale.

Protection des réussites obtenues

Les crises économiques et politiques qui affectent plusieurs pays de la Région ont mis en relief la fragilité et la vulnérabilité des systèmes de santé, ainsi que la nécessité de continuer à porter attention au maintien des réussites importantes obtenues en matière de santé. Pour cette raison, il s'impose de continuer à contribuer à la préservation de toutes les conquêtes, dans le but d'améliorer l'efficacité des systèmes de santé et de promouvoir l'augmentation des budgets nationaux destinés à la santé, et la mobilisation de ressources supplémentaires de coopération externe dans la Région.

Réduction de la morbidité due à la tuberculose. L'Amérique latine et les Caraïbes ont atteint des réussites importantes dans le contrôle de la tuberculose au moyen de la stratégie DOTS (observation directe du traitement écourté), appliquée actuellement dans 25 pays avec différents niveaux de couverture. Au cours de la dernière décennie, le nombre de cas de tuberculose est demeuré stable, avec une diminution légère et constante entre 1999 et 2002. En 2002, 233.648 cas ont été enregistrés, dont 127.354 avaient été vérifiés par bacilloscopie positive.

Au cours de la même année, la contribution de l'Amérique latine et des Caraïbes au total des nouveaux cas de tuberculose enregistrés dans le monde a été de 4,2%. La Région des Amériques est celle qui a le mieux réussi dans la détection des cas, avec un taux général de détection par bacilloscopie positive supérieur à 70%, par rapport à la moyenne mondiale de 44%. La réussite du taux de traitement est de 81% dans les zones où la stratégie DOTS est appliquée, par rapport à 58% dans les zones où elle ne l'est pas.

L'objectif du Plan d'action régional (2004-2005) est d'étendre la stratégie DOTS à tous les pays, en mettant l'accent sur le Guyana, le Suriname et d'autres pays anglophones des Caraïbes, et de maintenir les réussites régionales. En 2003, 73% de la population avaient accès au traitement DOTS; l'objectif est d'atteindre 80% en 2004.

Renforcement et élargissement des programmes de vaccination. L'OPS a continué à assurer son appui en vue du contrôle approprié, de l'élimination et de l'éradication des maladies évitables par la vaccination, en mettant l'accent sur les stratégies destinées à réduire les inégalités en santé, à renforcer l'engagement politique à l'immunisation et à promouvoir la prévention.

Afin de réduire les disparités de couverture, l'OPS et les pays de la zone andine ont appelé en 2003 à une semaine de vaccination annuelle dans les Amériques, qui a été adoptée en 2004 par tous les pays de la Région.

Dans le domaine des nouveaux vaccins, l'introduction réussie de vaccins contre l'*Haemophilus influenzae* type b et l'hépatite B dans 34 et 33 pays, respectivement, a servi d'incitation pour renforcer les services de vaccination routiniers et pour évaluer l'introduction possible d'autres vaccins qui se font jour. En 2003, des critères de surveillance épidémiologique ont été définis pour les rotavirus, originaires de la majeure partie des cas de gastro-entérite grave chez les nourrissons. Cette information permettra d'évaluer le coût-efficacité de l'introduction d'un vaccin dans les pays. L'introduction d'autres vaccins nouveaux sera évaluée de la même manière. L'OPS a créé un groupe de travail technique pour favoriser l'introduction rapide d'un vaccin contre le virus du papillome humain, qui aura la possibilité de réduire considérablement l'incidence du cancer cervico-utérin, qui est l'une des causes principales de décès chez les femmes des Amériques.

Presque tous les pays disposent de fonds nationaux consacrés au Programme élargi de vaccination; dans 22 des 24 pays qui ont envoyé l'information, ces fonds couvrent plus de 90% du coût des programmes routiniers de vaccination. Toutefois, il reste l'obstacle du coût élevé des nouveaux vaccins et du maintien des autres composantes du programme. Le Fonds de roulement de l'OPS a établi des contrats pour 18 vaccins et en 2003 il a géré les acquisitions de vaccins pour 38 pays pour un montant de \$ 145 millions.

Encouragé par la réussite accomplie dans la lutte contre la poliomyélite et la rougeole, le 44^e Conseil directeur de l'OPS a approuvé une résolution proposée par les pays des Caraïbes, à l'appui de l'objectif d'élimination de la rubéole et du syndrome de la rubéole congénitale d'ici 2010. À ce jour, 42 pays et territoires ont incorporé la vaccination contre la rubéole dans leurs programmes d'immunisation, et certains ont réalisé avec succès des campagnes de vaccination conjointe contre la rougeole et la rubéole. L'élimination du syndrome de la rubéole congénitale exige d'étendre la couverture aux hommes et aux femmes adultes. Même si elle est difficile, cette tâche est possible, comme le démontrent les expériences du Costa Rica —où en 2001, 98% des hommes et des femmes de 15 à 39 ans ont été vaccinés— et les campagnes réussies réalisées en Équateur et au Salvador en 2004.

Fièvre aphteuse. Au cours de 2003 s'est poursuivie l'exécution des programmes de prévention, de contrôle et d'éradication de la fièvre aphteuse entrant dans le cadre du Programme hémisphérique pour l'éradication de la fièvre aphteuse. Les activités ont couvert un univers de 5,3 millions de troupeaux qui comprenaient 325 millions de bovins, 52 millions d'ovins, 17 millions de caprins, 40 millions de porcins et 7,3 millions de camélidés. Le programme relève de la gestion des services

vétérinaires des pays, qui pour couvrir leur territoire et exécuter les actions, ont déployé un total de 2.719 unités locales de soins et ont eu recours à 4.114 vétérinaires. Dans l'ensemble, au cours de 2003, les initiatives publiques et privées ont investi plus de \$ 300 millions dans la prévention, le contrôle et l'éradication de la maladie.

Initiative régionale des données de base en santé. Avec cette initiative lancée en 1995, l'OPS a réussi à consolider le processus de collecte des données de base en santé au niveau régional et au niveau des pays, avec la participation active des autorités nationales, des bureaux de pays et des centres panaméricains. En conséquence, on dispose maintenant d'un ensemble minimum de 109 indicateurs collectés annuellement qui permettent de caractériser la situation et les tendances de la santé dans les pays des Amériques. L'initiative répond aux mandats des États Membres et aux différentes nécessités de suivi de l'OPS. Avec l'initiative, il est possible d'évaluer les progrès des indicateurs dans les objectifs de santé, parmi lesquels s'en détachent 12 qui sont liés à la réalisation des ODM.

En 2003, une évaluation réalisée par l'OPS sur la portée et l'impact de l'Initiative a observé qu'elle a été implantée dans 30 États Membres de la Région et qu'elle a été utilisée pour la mesure des inégalités et nécessités, la définition des priorités et l'évaluation des programmes, ce qui montre la diversité de son impact. Entre 1995 et 2003, le nombre de pays qui ont mis à jour et distribué périodiquement un prospectus ou d'autres formes imprimées ou électroniques pour disséminer les indicateurs de base, est passé de 5 à 24. De plus, diverses activités sous-régionales et inter-pays ont abouti à la publication de prospectus des indicateurs de base de la situation sanitaire en Amérique centrale et en République dominicaine et à la frontière entre le Mexique et les États-Unis d'Amérique, respectivement.

Suivi et analyse des inégalités en santé. Des capacités considérables ont été développées en ce qui concerne la mesure des inégalités relatives aux déterminants socioéconomiques —pauvreté, genre, ethnicité, emplacement géographique, éducation, emploi, logement et assainissement— et leurs implications, notamment celles sur la santé. Ces capacités se sont concentrées sur la réalisation périodique de différentes enquêtes de ménages, comme les enquêtes sur les conditions de vie (promues par la Banque mondiale, la Banque interaméricaine de développement et le CEPAL), les enquêtes de démographie et de santé (promues par l'USAID), les enquêtes nationales sur la pauvreté (promues par la Banque de développement des Caraïbes) et l'enquête mondiale sur la santé (promue par l'OMS en coordination avec l'OPS). En plus de collaborer avec les bureaux nationaux de statistiques et de recensement à la conception de ces enquêtes, le secteur de la santé utilise de plus en plus leurs résultats pour le développement et l'évaluation de ses politiques de santé. Dans le même temps, ces enquêtes ont contribué au fait que les systèmes d'information en santé sont plus

sensibles aux déterminants socioéconomiques des conditions de santé des populations nationales respectives.

Bibliothèque virtuelle de la santé. En 2003, les activités les plus marquées du Bureau dans ce domaine ont été le lancement et la construction conjointe avec les pays de la Région, de la Bibliothèque virtuelle thématique sur la science et la santé (<http://cys.bvsalud.org>); la mise en fonctionnement du Réseau de sources d'information pour la gestion de la science, de la technologie et de l'innovation, dénommé Red ScienTI, avec la participation de huit pays de la Région (Argentine, Brésil, Chili, Colombie, Équateur, Panama, Pérou et Venezuela), et la réalisation à Santiago au Chili, de la première Conférence de consensus citoyen sur la science, la technologie et l'innovation en santé. Cette dernière activité, sous les auspices de la Bibliothèque du Congrès de la République, du Conseil national de science et technologie et du Ministère de la Santé du Chili, a signifié une avancée dans l'établissement de mécanismes de consultation citoyenne sur les problèmes que posent la science et le développement technologique et qui se répercutent directement sur la santé de la population.

Information et gestion du savoir. Parmi les changements introduits au Bureau, il y a l'établissement du Domaine de l'information et de la gestion du savoir. Le Domaine a pour objet de veiller à ce que les politiques, les processus, la technologie et les ressources humaines soient coordonnées et administrées de façon à favoriser la production du savoir et l'utilisation et la diffusion de l'information. Les processus visés doivent produire et assurer une valeur ajoutée à partir du capital intellectuel et du savoir disponible à l'intérieur même de l'Organisation, pour lequel il faut organiser, collecter et diffuser le savoir et assurer son flux permanent et sa qualité à travers la multiplicité de réseaux et d'alliances internationales et d'experts créées dans la Région. Chaque niveau de l'Organisation doit définir une approche stratégique de sa participation à la gestion ouverte et collective de l'information et du savoir.

Un groupe en vue de la diffusion des connaissances a été établi et il a identifié divers obstacles, parmi lesquels la compartimentalisation des opérations, le manque d'interactivité et l'absence de collaboration entre les équipes. Une proposition a été élaborée pour venir à bout de cette situation et progresser rapidement vers une Organisation fondée sur le savoir efficace conformément à quatre conditions souhaitables de fonctionnement : être une source autorisée de savoir et d'information sanitaire; se baser sur la collaboration effective entre tous les niveaux; se concentrer sur l'apprentissage permanent et construire des alliances et des réseaux.

Atténuation des effets que provoquent les situations d'urgence et les catastrophes. Le Bureau a continué à promouvoir le développement des capacités nationales et intersectorielles pour réduire la vulnérabilité aux catastrophes dans le secteur de la santé. La réussite la plus importante au

cours de 2003 a été la formulation du Plan de réduction de la vulnérabilité aux catastrophes sous-régionales pour le secteur de la santé en Amérique centrale, au Belize et dans la République dominicaine, qui a été approuvé par les Ministres de la Santé au cours de la XIX^e RESSCAD qui s'est tenue en août 2003. Le réseau des coordinateurs de catastrophes dans l'ensemble de l'Amérique centrale, dirigé par le Ministère de la Santé du Nicaragua, a joué un rôle fondamental dans l'élaboration de ce Plan, qui témoigne de l'expérience que ce réseau a accumulée dans ce domaine.

Durabilité de l'environnement. Au cours de l'année 2003, l'OPS a effectué l'évaluation régionale des services municipaux de gestion des déchets solides en Amérique latine et dans les Caraïbes. Cette évaluation a donné une plus grande visibilité à l'importance de la gestion adéquate des déchets solides pour la santé, situation critique dans de nombreux pays et une des entreprises les plus ardues pour les autorités, les prestataires de services et la communauté.

De même, l'OPS —à l'occasion de la Journée mondiale de la Santé 2003, dont le thème était : « Préparons l'avenir de la vie : des environnements sains pour les enfants »— a contribué à stimuler des activités pour améliorer la santé et le bien-être des enfants des Amériques et à garantir la durabilité de l'environnement. Il convient de mentionner que parmi les recommandations qui ont été formulées à l'occasion d'un atelier sur les menaces environnementales pour la santé des enfants dans les Amériques, entrent celles destinées à intensifier la conscience sur la santé environnementale chez les enfants; à faciliter l'échange de l'information; à préparer des profils de santé environnementale infantile; à définir des politiques de santé environnementale pour la protection des enfants et des adolescents de la Région, et à renforcer la collecte et la notification des indicateurs de santé environnementale des enfants.

Réponse aux défis anciens et nouveaux

Le XXI^e siècle a commencé avec des nouvelles maladies et des nouveaux défis —comme celui provoqué par les menaces du terrorisme international et national— qui nous ont obligés à utiliser toute notre volonté, persévérance et capacité d'engagement pour relever les défis. Il faut cependant attirer également l'attention sur des défis anciens toujours existants, qui continuent à donner lieu à des préoccupations.

Exclusion sociale, pauvreté et santé. L'année 2003 a vu l'intensification du travail de coopération technique dans le domaine de la protection sociale en santé initié en 2001 avec le projet : « Extension de la protection sociale en santé ». Le projet s'inscrit dans une stratégie formulée conjointement par l'Agence suédoise pour le développement international (ASDI) et l'OPS pour aborder le problème de l'exclusion en matière de santé dans les pays d'Amérique latine et des Caraïbes, en élargissant la protection sociale en santé. Au vu de l'importance de ce projet et de

l'impact du thème au niveau international, l'OPS a incorporé la protection sociale en santé à titre d'axe de la coopération technique, dans lequel quatre grandes lignes de travail peuvent se distinguer :

- La caractérisation et la mesure de l'exclusion en santé.
- La formulation et la réalisation d'activités destinées à impulser le dialogue social dans le but d'identifier des actions visant à l'élimination de l'exclusion en santé.
- La promotion des droits et des responsabilités en santé.
- L'appui à l'identification de stratégies ayant pour but l'extension de la protection sociale en santé.

RÉUSSITES PRINCIPALES DE LA COOPÉRATION TECHNIQUE POUR L'EXTENSION DE LA PROTECTION SOCIALE EN SANTÉ

- La version définitive d'un manuel pour la conception et la réalisation d'activités qui stimulent le dialogue social en santé, révisée et validée par un groupe d'experts est disponible.
- Une méthodologie a été développée pour la caractérisation de l'exclusion en santé, qui permet de quantifier l'ampleur de l'exclusion, sa sévérité et son intensité; d'identifier le profil des exclus et leur emplacement géographique, et de discerner le poids des variables spécifiques d'exclusion en santé dans chaque cas.
- Cette méthodologie qui est déjà à la disposition de tous les pays a été validée.
- L'information obtenue sur l'exclusion en santé a été diffusée, et il existe une publication qui systématise les résultats de sa caractérisation en Équateur, au Guatemala, au Honduras, au Paraguay, au Pérou et en République dominicaine. Cette publication est la première du genre en Amérique latine et dans les Caraïbes.
- Trois pays nouveaux (Bolivie, le Salvador et Nicaragua) ont demandé d'initier la caractérisation de l'exclusion en santé en 2004.
- En Équateur, le processus de dialogue social est en marche, et l'extension de la protection sociale en santé dans l'agenda politique du pays y a été incorporée.
- Le Guatemala et le Pérou ont commencé la préparation pour le dialogue social, et l'extension de la protection sociale en santé a été incorporée dans les agendas politiques des deux pays.

Nutrition. La sécurité alimentaire et nutritionnelle constitue l'état dans lequel toutes les personnes jouissent de l'accès aux aliments dont elles ont besoin —en quantité et en qualité—, pour leur consommation adéquate et utilisation biologique, leur garantissant un état de bien-être qui contribue au développement.

Différents sommets présidentiels ont accueilli l'Initiative régionale de sécurité alimentaire et nutritionnelle. Avec l'appui technique et scientifique de l'INCAP de l'OPS et de l'Organisation générale du système d'intégration centraméricaine, les ministres de la Santé appuient cette stratégie pour l'approche des ODM.

Les activités ont consisté à :

- Intégrer la sécurité alimentaire et nutritionnelle dans des processus et initiatives de développement local axés sur le transfert de technologie pour la production des aliments,

l'amélioration des habitudes de consommation et le renforcement des actions au niveau de la santé et de la nutrition dans la communauté.

- Garantir la sécurité alimentaire et nutritionnelle dans les politiques et les plans, renforcer le fonctionnement des commissions politiques multisectorielles et les équipes techniques dans la coordination d'actions nationales, et orienter la formulation de cadres réglementaires.
- Développer des programmes et des interventions de caractère national, sectoriel et local en favorisant la participation communautaire.
- Affecter ou réorienter les ressources destinées à appuyer les activités intra- et intersectorielles pour la réussite de la sécurité alimentaire et nutritionnelle.
- Promouvoir et veiller à l'application de la législation relative à la production, commercialisation, consommation et exploitation biologique des aliments.
- Renforcer la capacité institutionnelle locale, nationale et régionale pour la conception, l'exécution et l'évaluation efficaces de programmes et de projets dans le domaine de la sécurité alimentaire et nutritionnelle.
- Améliorer la qualité des décisions sur la production et la consommation des aliments au moyen de l'éducation et de la communication, de la formation en cours d'emploi et de la formation des ressources humaines.
- Intensifier et renforcer la surveillance de la situation alimentaire et nutritionnelle, ainsi que le suivi des interventions en matière d'alimentation et de nutrition, aux fins d'amélioration de l'efficacité des programmes nationaux.

L'OPS a encouragé une alliance avec d'autres organismes dans le domaine de la sécurité alimentaire et le développement local avec une approche de municipalités productives, incorporant la promotion de la santé animale et la protection de la qualité des aliments tout au long de la filière de production. De nouveaux accords ont été signés avec l'IICA, l'OIE, l'OIRSA, la FAO, l'UNICEF et le PAM afin de promouvoir des stratégies qui incluent la réduction de la vulnérabilité face aux catastrophes naturelles et aux nouvelles menaces de bioterrorisme.

Approche de l'équité des genres. Dans le but d'établir des cadres conceptuels et de rassembler des preuves empiriques en vue de l'intégration d'une perspective d'équité des genres dans les politiques du secteur de la santé l'OPS a mis en route une initiative intersectorielle au niveau régional et dans deux pays de la Région (Chili et Pérou) destinée à promouvoir des actions coordonnées entre les gouvernements et la société civile. L'initiative a les objectifs suivants : 1) la documentation et l'analyse des inégalités de genre en santé et de leur association avec les politiques sectorielles; 2) la communication de cette information aux acteurs clés, afin de sensibiliser et d'informer les responsables de prendre les décisions et encourager l'action de groupes de la société civile qui plaident pour l'équité des sexes et 3) la formation de réseaux multisectoriels pour influencer les processus de formulation et de suivi des politiques.

La création d'une base de données, la publication d'information statistique sur l'équité entre les sexes et la santé, et l'élaboration de manuels pour le travail dans les pays, relatifs à la mesure, l'analyse et le suivi des inégalités des genres en matière de santé, représentent des contributions importantes pour l'intégration dans les réformes du secteur de la santé. D'autres initiatives, telles que la réalisation de fora virtuels et de participants sur le vaste thème des genres et de la réforme, la création d'une page web et l'incorporation des soins de santé non rémunérés qui sont donnés dans les foyers au sein du système des comptes nationaux valent tous la peine d'être mentionnés. Il faut également souligner l'alliance avec la Banque mondiale et le Fonds de la population des Nations Unies pour l'établissement d'un programme régional de formation à la réforme du secteur de la santé et l'analyse du genre, et la santé et les droits sexuels et génésiques.

Reconquérir l'identité, l'orgueil et l'engagement social des personnels et des organisations de santé. L'OPS reconnaît la nécessité de réorienter le débat et la gestion des ressources humaines pour la santé sur le terrain de la politique du personnel. Il existe la conviction qu'il n'est pas possible de viabiliser des politiques de transformation dans ce domaine si critique, sans un processus de construction d'un consensus qui permet l'action coordonnée des divers acteurs qui interviennent.

Pour cette raison, l'amélioration des structures pour la formulation de politiques basées sur des preuves, a constitué un axe de la coopération technique au cours de cette période, au moyen de l'appui aux groupes qui participent à l'Initiative de l'Observatoire des ressources humaines, à laquelle participent 21 pays de la Région. Cette amélioration a permis d'établir un dialogue en réseau dans les pays et entre les pays. Le tableau qui suit montre les progrès réalisés dans le développement des politiques des ressources humaines avec l'appui de l'Initiative de l'Observatoire des ressources humaines.

Progrès dans les politiques des ressources humaines dans la Région avec l'appui de l'Initiative de l'Observatoire des ressources humaines

Pays	Études nationales	Groupes intersectoriels d'analyse de l'information dans des instances nationales de planification	Discussion de normes de réglementation du travail et de la carrière du personnel de santé	Observatoire intégré aux activités régulières du gouvernement
Argentine	*	*		
Belize		*		
Bésil	*	*	*	*
Bolivie	*	*	*	
Canada	*	*		
Chili	*		*	
Colombie	*	*	*	*
Costa Rica	*			
Cuba	*	*		*
Équateur	*	*	*	*
Le Salvador	*	*		
Jamaïque	*			
Mexique		*	*	
Nicaragua	*			*
Panama			*	
Pérou		*		*
Puerto Rico	*			
République dominicaine	*		*	
Sainte-Lucie		*		
Uruguay	*			
Venezuela	*	*		*

En 2003 également, de nouvelles relations ont été établies au niveau sous-régional, en particulier dans les Caraïbes et dans le MERCOSUR, étant donné l'existence de processus inter pays de réglementation internationale de l'exercice de la profession et de la migration de professionnels de la santé qui requièrent la définition de politiques communes.

Convention pour réduire la consommation de tabac. Quatre-vingt douze pour cent des pays des Amériques ont signé la Convention Cadre sur la lutte antitabac parrainée par l'OMS, comme expression de la volonté politique visant à réduire la consommation de cette substance qui crée une dépendance et qui tue plus d'un million de personnes par année dans la Région. Les Amériques sont la région ayant le plus grand pourcentage de signataires, après la région du Pacifique occidental. Dans le monde entier, 168 pays ont signé la Convention.

L'OPS, faisant partie intégrante du secrétariat de la Convention, a facilité six réunions internationales préparatoires ou de négociation. Par la suite de son adoption, l'OPS a diffusé la

Convention entre les gouvernements et a réalisé un atelier de sensibilisation sur la Convention Cadre. Après la tenue de cet atelier, la moitié des pays participants ont fait avancé le processus de ratification, soit en la signant s'ils ne l'avaient pas encore fait, soit en approuvant la ratification de la Convention Cadre. Le Mexique a déposé l'instrument de ratification à l'ONU, et est devenu ainsi le premier pays à le faire, et le Panama, le Pérou et Trinité-et-Tobago ont déjà approuvé la ratification et sont sur le point de la rendre effective devant l'ONU.

Sécurité routière. À l'occasion de la célébration de la Journée mondiale de la Santé 2004, dont le thème était « La sécurité routière n'est pas une fatalité », l'OPS a réalisé un ensemble d'activités pendant la semaine du 7 au 13 avril. Lors de la session du 7 avril a été présentée la politique de l'OPS/OMS pour la prévention de lésions causées par la circulation a été présentée. Les participants ont pris connaissance du Rapport mondial sur la prévention des traumatismes causés par la circulation (*Informe mundial sobre la prevención de los traumatismos causados por el tránsito*), une publication conjointe de l'OMS et de la Banque mondiale que l'OPS a éditée en espagnol. Ces activités ont servi à placer l'insécurité routière sur l'agenda collectif citoyen comme une priorité sociale et de santé publique qui affecte la population tout entière, mais qui est également une source d'inégalités, du fait que les personnes les plus exposées au risque dans les pays en développement sont les usagers du transport public, les piétons, les cyclistes et les motocyclistes. D'autres groupes également très vulnérables sont les secteurs plus pauvres, les personnes âgées, les enfants et les émigrants des campagnes vers les villes. Des millions de personnes souffrent de lésions sur la voie publique et elles ne sont pas protégées pour faire face aux frais médicaux et aux traitements de réhabilitation.

La semaine de la santé des Amériques a été célébrée dans tous les pays. Plusieurs panels de discussion ont été réalisés avec des jeunes qui ont fait état d'expériences réussies, organisées et dirigées par eux-mêmes, qui encourageaient des comportements sûrs; avec divers experts sur le problème de la consommation d'alcool et la conduite de véhicules, et sur la sécurité pour les conducteurs professionnels; enfin, avec la police et des organisations non gouvernementales sur la sécurité pour les piétons.

En coordonnant les activités avec d'autres organisations participantes, l'OPS a pu étendre le réseau des institutions et des personnes désireuses d'améliorer la sécurité routière. La Déclaration « Routes plus sûres dans les Amériques », signée par la Directrice de l'OPS avec le Vice-président de la Banque mondiale et les Secrétaires adjoints des Départements de la Santé et du Transport des États-Unis, a été reçue comme une expression de la volonté d'un plus grand engagement à la sécurité routière. La participation de Mme Heather Mills-McCartney, promotrice distinguée de la sécurité routière, a donné de l'éclat et de la visibilité aux journées réalisées.

Santé, intégration et alliances pour le développement. Un plus grand rapprochement a été observé entre les secteurs de la santé, du commerce et de l'intégration, outre une collaboration plus effective entre ces derniers sur des thèmes d'intérêt commun dans différents domaines. Certains pays des Amériques ont joué un rôle actif dans la considération des conséquences pour la santé des questions de droit de propriété intellectuelle relatifs au commerce, en vertu des considérations de la Déclaration de propriété intellectuelle et santé publique adoptée par la Conférence ministérielle de l'OMC qui s'est tenue en 2001 à Doha au Qatar. Les traités de commerce entre les nations peuvent s'avérer très avantageux pour les pays et la Région; cependant, ils peuvent également créer des menaces graves pour la santé publique en gênant l'accès aux médicaments et aux produits essentiels. Les autorités sanitaires participent de plus en plus aux négociations du MERCOSUR, de la Communauté andine, du Système centraméricain, de la Communauté Caraïbe et du TLC, à travers les commissions sectorielles respectives. Lors de sa 132^e session, le Comité exécutif de l'OPS a convenu de la nécessité d'appuyer les pays dans l'analyse et la gestion des conséquences sanitaires de la mondialisation et du commerce, au moyen du dialogue et de la coopération entre les ministères correspondants. De même, il a recommandé de réaliser une consultation avec les Pays Membres pour définir des thèmes et des activités de l'OPS se rapportant à la mondialisation et au commerce aux niveaux national, sous-régional et régional, conformément aux résolutions de l'Assemblée mondiale de la Santé et en coordination étroite avec l'OMS.

D'autres activités ont été réalisées entre les pays dans le but de définir des stratégies utiles pour améliorer les conditions de santé des populations qui vivent dans des zones frontalières. Des tâches qui comportent l'analyse de l'intégration de réseaux de services de santé frontaliers ont été menées à bien tant dans les pays du MERCOSUR que dans ceux de la Communauté andine.

COOPÉRATION TECHNIQUE CENTRÉE SUR LES PAYS

L'engagement actuel de l'OPS consiste à assurer une structure organisationnelle et à renforcer sa présence dans chaque pays de façon à ce qu'une coopération technique optimale et de haute qualité puisse être garantie. L'objectif est non seulement d'appuyer la réalisation des objectifs nationaux et régionaux de santé, mais aussi d'augmenter la capacité de tous et de chacun des pays pour influencer au maximum le flux de la coopération internationale en santé et d'en bénéficier. De même, les efforts visent à ce que la santé occupe une place prédominante dans les plans de développement national et que les intérêts et les perspectives de chaque pays soient pris en compte dans l'agenda mondial de développement.

Dans un dialogue constant avec chaque pays, le Bureau ajuste la coopération requise pour obtenir l'amélioration continue des indicateurs de santé, l'exercice optimal des systèmes de santé et la coordination de l'aide internationale à l'appui du développement national de la santé. L'Unité d'appui aux pays et l'Unité d'appui aux projets ont été créées à titre d'instruments nouveaux pour accroître l'efficacité et la rentabilité dans l'accomplissement de la mission approuvée dans le Plan stratégique 2003-2007.

Les exercices d'évaluation de la période biennale 2002-2003 ont donné l'opportunité de faire un bilan rigoureux des réussites et des difficultés, et ils constituent un apport précieux pour une meilleure utilisation des ressources disponibles par rapport aux nécessités et aux défis identifiés avec tous les associés et les parties prenantes.

Un aspect critique de la stratégie de coopération avec chaque pays est le concept de développement national de la santé, compris comme un processus national destiné à obtenir de meilleurs niveaux de santé et de bien-être de la population, à encourager l'incorporation de la santé dans les plans et les programmes nationaux de développement, et à assurer que les populations atteignent leur potentiel majeur et une meilleure qualité de vie. Ce processus acquiert des caractéristiques et des particularités propres dans chaque contexte, du fait que le développement national de la santé revêt un caractère autochtone et endogène, couvre l'ensemble de la société, est déterminé sur les plans historique et juridique, et est trans-sectoriel. La coopération technique doit chercher à étayer et dynamiser ce processus. Le but ultime consiste à contribuer à ce que les pays atteignent les objectifs nationaux, sous-régionaux, régionaux et mondiaux de santé publique et, en particulier, les Objectifs de Développement pour le Millénaire en 2005-2010-2015.

À cette fin, les lignes suivantes de travail ont été définies et initiées :

- Redéfinition de la stratégie de coopération avec les pays mettant l'accent sur l'articulation des tâches des trois niveaux de l'Organisation, en fonction des nécessités et des priorités des pays. Ces exercices ont été réalisés en Bolivie, au Guyana, au Mexique, au Nicaragua et dans les pays des Caraïbes orientales, et neuf autres exercices sont programmés pour le reste de la période biennale.
- Renforcement de la présence de l'Organisation dans les pays, avec transferts des ressources du Siège de l'OPS ou des centres aux pays, avec des fonctions régionales (la dengue), sous-régionales (ressources humaines, santé mentale) ou de pays (chargés de programme).
- Établissement des priorités des fonctions effectives des équipes de pays, accordant une plus grande importance à la formation des capacités nationales et leur utilisation, optimisant l'usage approprié de la technologie et réduisant les coûts d'exploitation et de transaction.

Les décisions sur l'allocation des ressources (incluant le personnel des bureaux de pays) ont été prises en vertu de la redéfinition des stratégies de coopération et favorisent plus particulièrement les pays prioritaires. Concrètement, des ressources extrabudgétaires ont été mobilisées pour doter quatre des pays prioritaires (Guyana, Haïti, Honduras et Nicaragua) d'un responsable qui coopère au suivi transversal des projets, à la mobilisation et l'usage efficace des ressources, et à la coordination avec les associés qui contribuent au développement.

Pays prioritaires

Suite à la décision de la 26^e Conférence sanitaire panaméricaine d'accorder une attention particulière à cinq pays de la Région, à savoir Bolivie, Guyana, Haïti, Honduras et Nicaragua, et en fonction de la nécessité d'accélérer le processus de développement national de la santé, l'Organisation a conçu l'initiative des pays prioritaires et a déterminé que les Objectifs de Développement pour le Millénaire sont le cadre approprié pour le travail avec ces pays.

Au cours de l'année 2003, le Groupe de Travail sur les pays prioritaires a été mis en place et en février 2004 a eu lieu la réunion du Groupe consultatif. En conséquence, les stratégies suivantes ont été sélectionnées :

- Redéfinir la nature de la coopération technique pour augmenter le rôle principal national en prenant comme guide les Objectifs de Développement pour le Millénaire.
- Articuler la coopération technique de l'OPS avec l'agenda commun de la coopération internationale technique et financière.

- Appliquer la redéfinition de la coopération technique dans sa planification et son suivi, ainsi que dans les processus d'évaluation, les nouvelles pratiques de gestion et l'allocation des ressources.
- Tenir compte de la redéfinition de la coopération technique en définissant le profil du personnel et en abordant sa gestion et les nécessités de développement.

Dans le cadre de la 57^e Assemblée mondiale de la Santé s'est tenue la Réunion pour les pays prioritaires de la Région des Amériques. Chacune des délégations de ces pays y a présenté la situation sanitaire, les processus de développement social et sanitaire, en particulier par rapport aux ODM, ainsi que leurs attentes concernant une coopération plus intense de la part de l'OPS/OMS et d'autres associés importants, pour qu'ils participent au renforcement de leurs systèmes de santé. Le Directeur général de l'OMS et quatre Sous-Directeurs généraux, outre de nombreux membres d'autres délégations de la Région, ont participé à la réunion.

Comme expression évidente de l'accent mis sur la coopération technique de l'OPS avec les pays prioritaires, en mai 2004 a été accordé le transfert de fonds de l'OMS à la Région, à l'appui direct de ces pays, 65% de ces fonds seront gérés directement à partir des Représentations dans les pays.

BOLIVIE. Communautés productives et saines dans la stratégie de réduction de la pauvreté

Dans le cadre de la Stratégie bolivienne de réduction de la pauvreté et des Objectifs de Développement pour le Millénaire, une initiative intersectorielle et interprogrammatique a vu le jour en Bolivie, avec la participation de l'État, la société civile et la coopération de l'OPS/OMS pour les communautés originaires qui se trouvent dans un état d'extrême pauvreté.

L'initiative, appelée « Construire des communautés productives et saines », est dirigée par le Ministère des Affaires paysannes et agropécuaires, et des instances départementales et locales du Ministère de la Santé et des Sports y participent. Cette stratégie de coopération a démarré au milieu de 2003, sur demande du conseil de la communauté de Chacaltaya, d'origine aymara, qui se trouve près de la ville de La Paz.

Les activités qui recouvrent des aspects productifs et sanitaires et qui ont pour base la sécurité alimentaire et nutritionnelle, l'accès aux services de santé et la formation de revenus à partir de l'emploi de technologies appropriées, comptent sur la participation active de la population. Cette expérience novatrice et réussie a déjà été étendue à 20 communautés de Bolivie.

GUYANA. Affronter les maladies non soignées, part de l'agenda inachevé

Le Ministère de la Santé du Guyana a choisi d'utiliser le sel avec diéthylcarbamazine (DEC) comme stratégie pour éliminer la filariose lymphatique, conformément aux recommandations de l'OMS. À partir de cette décision, tous les niveaux de l'OPS/OMS, avec la Fondation Bill Gates, l'Université Emory et les CDC, ont coopéré à l'exécution du Plan national pour l'élimination de la filariose au Guyana. Au niveau régional, l'OPS a travaillé avec les producteurs de sel pour établir et contrôler le processus de fortification du sel, alors que l'OMS acheminait la donation de DEC au Gouvernement de Guyana.

La stratégie a été lancée au niveau national en juillet 2003 et elle comprenait une exposition de grands panneaux qui expliquaient en quoi consistait la filariose lymphatique, les aspects et les mesures préventives, les soins et traitements des personnes affectées par la maladie, et les données les plus importantes concernant l'usage du sel avec DEC comme véhicule pour le traitement de la maladie. Le sel avec DEC a été distribué gratuitement, avec des matériels d'information et d'éducation. De plus, les travailleurs communautaires de santé ont répondu aux questions que posait le public sur la maladie et ce traitement.

Le lancement officiel a été précédé d'activités dans des sites sentinelle à Lodge, Georgetown et Tucker. D'autres activités d'évaluation dans les sites sentinelle ont été prévues pour mesurer la réussite de la stratégie depuis son introduction en 2003.

HAÏTI. Répondre à l'urgence et parier sur le développement

Au cours des 10 dernières années, Haïti a subi une lente détérioration de tous les indicateurs socioéconomiques, en conséquence de la crise politique et de l'escalade de la violence, qui a donné lieu à une intensification de la réponse humanitaire internationale.

L'OPS/OMS, dont la présence dans le pays a été continue, a été en mesure de s'adapter pour s'acquitter d'un rôle double : celui d'apporter l'aide humanitaire pour la situation d'urgence, et celui de prêter la coopération pour le développement, plaidant et pariant sur le maintien des garanties en matière de santé publique, qui dans les conditions dans lesquelles se trouve le pays, pourraient se perdre facilement.

En raison de la prolongation de la crise et des problèmes de sécurité, la perte de ressources humaines s'est détériorée. La fermeture d'une maternité et de l'Hôpital universitaire, le seul hôpital de référence dans le pays, a aggravé la situation sanitaire. Des programmes comme ceux de la tuberculose, du paludisme, du VIH/SIDA et de vaccination ont été considérablement affectés ou paralysés. L'un des défis principaux pour l'OPS a été d'appuyer et d'assurer le système de santé publique précaire sous ces conditions.

Un centre d'urgence a été établi pour faciliter la coordination dans le secteur de la santé, et avec le Ministère de la Santé publique et de la Population, des organisations non gouvernementales, les Nations Unies et des

donateurs bilatéraux pour évaluer les répercussions de la crise dans la santé publique et pour articuler la réponse face à la situation. La fourniture de médicaments essentiels à travers le système établi par l'OPS en 1992, PROMESS (Programme des Médicaments essentiels), a prouvé à nouveau son utilité inestimable. Après la période la plus aiguë de la crise, la distribution de médicaments et de fournitures à divers hôpitaux et dispensaires a repris avec l'aide d'organisations religieuses et d'organisations non gouvernementales.

L'OPS a également coopéré à la fourniture de combustible pour les générateurs installés dans les hôpitaux, le traitement des cadavres et la restauration de la morgue à l'hôpital principal. Les programmes réguliers ont repris dès que possible et ont continué en parallèle avec les interventions de secours. La campagne de vaccination prévue contre la poliomyélite a été achevée, et le lancement de la semaine de vaccination des Amériques par la Directrice à Port-au-Prince et à la frontière (Font Parisien) a réaffirmé l'engagement de l'Organisation envers Haïti.

Pour impulser la synergie et la cohérence indispensables entre les activités dont s'acquittent les différents organismes de coopération, en avril 2004 le Gouvernement a entamé le processus d'élaboration du « Cadre pour la Coopération à moyen terme », dirigé de façon conjointe par le Gouvernement d'Haïti, la Banque mondiale, la Banque interaméricaine de développement, la Commission européenne et le système des Nations Unies, avec la participation de divers organismes bilatéraux et membres de la société civile. Dix groupes de travail dont faisaient partie des experts ont préparé des documents basés sur l'identification des nécessités sur le court et moyen terme dans différents domaines, dans un processus participatif et basé sur des preuves, qui assure le renforcement des capacités nationales.

L'OPS/OMS a participé plus particulièrement dans les groupes qui traitaient les thèmes de santé et nutrition et d'eau et d'assainissement, et elle a contribué au thème transversal du VIH/SIDA. Pour appuyer ce processus, du personnel a été mobilisé du niveau régional et sous-régional. Les 19 et 20 juillet 2004, une conférence internationale de donateurs s'est tenue à Washington, DC, à laquelle ont participé des représentants de 30 pays et de 32 organismes internationaux. Le document final du Cadre pour la coopération à moyen terme a été présenté à la Conférence et des engagements de coopération ont été établis pour un montant qui a dépassé l'attente initiale : plus de \$ 200 millions pour investir dans des domaines ayant un rapport avec la santé.

Le programme de coopération de l'OPS/OMS avec Haïti pour le reste de la période biennale a été modifié pour l'adapter aux engagements émanant du Cadre cité pour la coopération. L'Organisation a fait des efforts spéciaux pour promouvoir et canaliser la solidarité du reste des pays de la Région avec Haïti. Jusqu'à présent, les efforts portent sur l'élaboration de projets de coopération entre pays pour favoriser Haïti, avec la participation du Canada, du Costa Rica, de Cuba, du Mexique et de la République dominicaine

HONDURAS. Renforcer les alliances stratégiques en fonction des Objectif de Développement pour le Millénaire.

L'analyse sectorielle de l'eau potable et de l'assainissement (AS-EPA) est le résultat d'un travail interinstitutionnel auquel ont participé l'Agence suisse pour le développement et la coopération, la Banque interaméricaine de développement, le Programme pour l'eau et l'assainissement de la Banque mondiale, l'Agence des États-Unis pour le développement international, l'Agence suédoise pour le développement international, le Fonds des Nations Unies pour l'enfance et l'OPS, qui a coordonné l'analyse. La société civile y a également participé, par le biais du Réseau de l'eau et de l'assainissement du Honduras, et toutes les institutions nationales liées au secteur et coordonnées par le Bureau de Modernisation de l'État y ont également collaboré.

Elle consiste en une analyse des composantes clés qui limitent le développement des services d'eau potable et de collecte et d'évacuation des excréments et des eaux usées, et elle comporte des propositions spécifiques pour accroître la couverture, intensifier la capacité de gestion administrative et financière, promouvoir le développement des ressources humaines, protéger la ressource que représente l'eau, et encourager la connaissance et l'application de technologies appropriées à la construction, l'exploitation et l'entretien des services.

L'AS-EPA est liée au plan de lutte contre la pauvreté et aux ODM. Elle fait des recommandations essentielles pour disposer d'un secteur plus organisé et doté de la capacité d'agir aux niveaux national, départemental et municipal, que ce soit pour la prestation universelle et efficace des services, que pour la planification du moyen et long terme. L'analyse comporte des options de financement et une proposition pour établir une instance de réglementation qui permet l'équilibre juste et raisonnable entre les prestataires des services et la communauté.

La réalisation de la couverture universelle des services d'eau et d'assainissement de qualité et à un coût accessible, contribue au but ultime d'obtenir la santé pour tous dans les délais les plus brefs.

NICARAGUA. Articuler la coopération mondiale, régionale et nationale en vue du développement national de la santé

Dans le contexte de la planification stratégique nationale à long terme, dans le cadre de la réalisation des ODM et initiée par le Gouvernement du Nicaragua en 2002, le Ministère de la Santé a donné le départ à la formulation de politiques de la santé et au Plan national de la Santé 2004-2015. Pour cet exercice, le Ministère a demandé la coopération de l'OPS/OMS, en particulier pour l'harmonisation de la planification sectorielle avec les engagements nationaux relatifs aux ODM, la stratégie de réduction de la pauvreté et le déblocage de la dette extérieure.

Depuis avril 2003, l'OPS, avec une équipe de la Représentation et de consultants régionaux, conseille le Ministère dans les différentes étapes de la planification, parmi lesquelles se démarquent la révision et la formulation de la Loi générale de la santé et son règlement; l'examen de la composante santé du Plan national de développement; la révision de la stratégie de réduction de la pauvreté; la préparation de la politique nationale des médicaments; l'actualisation du concept des soins de santé primaires; la participation à la formulation des nouvelles politiques de santé, et la collaboration à la formulation du Plan national de la santé. Dans le même temps, la révision de la stratégie de coopération avec le pays a été révisée, dans le but de coordonner les processus de planification stratégique et assurer la cohérence et la pertinence de la coopération de l'OPS/OMS sur le moyen terme.

Le travail intense réalisé durant plus d'une année a permis d'établir une relation de travail très fructueuse entre les équipes du Ministère et celles de l'OPS, dont témoignent les résultats obtenus. De même, la direction du Ministère a été renforcée dans le processus et par rapport aux instances de consultation et de conseil établies pour l'appuyer, à savoir le Conseil national de la Santé et la Table sectorielle (à laquelle participent les donateurs et les organismes de coopération internationale). Les résultats les plus importants de ce processus comportent l'élaboration de :

- la Loi générale de la santé et son règlement (août 2003)
- la politique nationale des médicaments (mars 2004)
- le document final de l'analyse de la situation de la santé (avril 2004)
- la politique nationale de la santé 2004-2015 (publiée officiellement en mai 2004)
- le Plan national de la santé (document de base pour la consultation nationale, juin 2004).

Activités principales de coopération technique avec les pays

Amérique du Nord

La coopération de l'Organisation avec les pays d'Amérique du Nord a été marquée par le niveau de développement des institutions nationales et l'utilisation des opportunités qui se sont présentées pour la réalisation d'activités dans le domaine de la santé menées à bien dans cette sous-région.

En collaboration avec le PNUE et l'OEA, l'OPS a prêté appui, et assuré le suivi, au Groupe de travail de la réunion des Ministres de la Santé et de l'Environnement des Amériques, présidé par le **Canada** et chargé de l'application de la Charte panaméricaine sur la santé et l'environnement dans le développement humain durable, dans le cadre du Sommet des Amériques. Le Groupe a dressé un inventaire des projets existants et a donné la priorité à trois thèmes : la gestion intégrée des ressources en eau; la gestion sûre des produits chimiques, et l'évaluation intégrée de la santé et de l'environnement, avec l'inclusion de thèmes de santé des enfants et d'indicateurs de l'environnement.

À la suite de l'Initiative mondiale de la santé environnementale des enfants lancée à l'occasion du Sommet mondial sur le développement durable de Johannesburg en 2002, et considérant en particulier le développement d'indicateurs de santé environnementale pour les enfants, la Commission pour la Coopération environnementale d'Amérique du Nord a réuni l'engagement des pays membres (Canada, États-Unis et Mexique) pour concevoir un programme de collaboration sur la santé et l'environnement des enfants. Les thèmes prioritaires de ce programme sont l'asthme et les maladies respiratoires, les effets du plomb et d'autres substances toxiques, et les maladies transmises par l'eau.

Avec l'Agence de la protection de l'environnement des **États Unis**, l'Organisation a pris la tête de l'exécution de l'initiative et a participé à la sélection des indicateurs et à la préparation du rapport, qui a constitué le premier effort accompli dans le continent pour la mise en place de l'Initiative mondiale de santé environnementale des enfants.

À cette fin, le document conceptuel « Indicateurs de santé environnementale : un outil pour améliorer l'environnement et la santé des enfants », a été élaboré. Il établit les grandes lignes de la sélection des indicateurs prioritaires et de la collecte des données correspondantes. Il y aura prochainement des ateliers dans le reste de la Région, dans lesquels seront arrêtées les bases pour l'établissement de programmes d'échange d'information avec une participation multisectorielle. De

cette façon, les pays disposeront de l'information nécessaire pour formuler des politiques et prendre des décisions sur des activités locales intégrées, afin de réussir à ce que les environnements dans lesquels vivent les enfants soient des environnements sains.

En juin 2004, une réunion de consultation sous-régionale s'est tenue à Ottawa au Canada, pour examiner les changements proposés au Règlement sanitaire international. Lors de cette réunion, l'Organisation, avec le Canada, les États-Unis et le Mexique, ont analysé les conditions légales, techniques et opérationnelles de ces changements, afin de répondre efficacement aux urgences de santé publique d'importance internationale. Les consultations nationales approfondies qui ont eu lieu avant la réunion ont inclus la participation de représentants du secteur de la santé et d'autres secteurs, et ont permis de réaliser une évaluation intégrale des conséquences de la révision du Règlement. Le forum a encouragé la collaboration sous-régionale qui a permis d'identifier des questions clés qui seront prises en compte à la prochaine étape du processus de révision.

Pour la première fois, cette année la **Frontière mexicaine-américaine** s'est jointe du 24 au 30 avril à la célébration de la Semaine de vaccination dans les Amériques, et elle a obtenu un impact binational dans la couverture de vaccination, amplement diffusé par les médias des deux pays. Cette activité a été réalisée sous la gestion de l'OPS, le leadership de la Commission de santé frontalière Mexique-États-Unis, et la collaboration du Département de la Santé et des Services sociaux et des Centres pour la prévention et le contrôle des maladies des États-Unis, avec le Secrétariat à la Santé du Mexique. Deux semaines binationales de vaccination supplémentaires ont été programmées en 2004, afin de terminer les programmes de vaccination.

La détermination avec laquelle l'Organisation s'est engagée dans la lutte contre le tabagisme a trouvé un écho et un appui au **Mexique**. Le décret approuvant et convertissant en loi la Convention Cadre de lutte contre le tabagisme a été publié au Journal officiel de la Fédération des États-Unis mexicains le 12 mai 2004. Les lois nationales, fédérales et de l'état devront être réformées, si besoin en est, pour s'acquitter des engagements qui ont été souscrits. De cette manière, le Mexique est devenu le premier pays de la Région à ratifier la Convention et à la mettre en vigueur à titre de loi nationale. Un pas de plus a été ainsi fait dans la lutte contre le tabagisme, qui au cours des dernières années, a accompli des progrès importants qui ont influencé les politiques de la santé. Les moyens mis en place comprennent l'établissement de cliniques de cessation pour le traitement des fumeurs; l'augmentation des impôts sur le tabac; la restriction de la vente du tabac; la réglementation stricte de la publicité; et la promotion et certification de bâtiments avec interdiction de fumer.

L'Organisation, les Gouvernements du Mexique et des sept pays d'Amérique centrale, le PNUE et la Commission pour la coopération environnementale de l'Amérique du Nord, ont préparé un projet

sur des alternatives durables pour le contrôle du paludisme sans l'usage de DDT, et ont obtenu des ressources du Fonds mondial de l'environnement pour son exécution. Le principal objectif du projet consiste à formuler et évaluer des méthodes différentes et intersectorielles destinées à contrôler les vecteurs du paludisme sans utiliser du DDT ou d'autres pesticides persistants.

Un exercice destiné à définir la stratégie de coopération avec le Mexique a été entrepris en 2004. Il a également donné le départ d'une révision détaillée de la coopération avec certaines institutions des États-Unis, telles que les CDC, l'EPA, la FDA, l'OSHA et l'USDA, afin d'avoir une connaissance plus approfondie des capacités et d'améliorer la synergie entre ces organismes et les programmes de coopération de l'OPS.

Amérique centrale et Caraïbes hispaniques

Dans un contexte caractérisé par la faible croissance économique et l'augmentation du chômage qui en découle, les efforts des gouvernements et des sociétés pour réduire la pauvreté et les grandes inégalités dans la distribution du revenu se heurtent à une dette extérieure élevée et à la nécessité de diminuer le déficit fiscal. Parallèlement, d'importants processus sociaux et le renforcement de la démocratie ont eu pour résultat la reconnaissance de plus en plus grande du droit à la protection de la santé et de la nécessité incontournable de rechercher la manière de réduire les inégalités —en dépit des restrictions imposées par le contexte économique.

Dans cette recherche, l'Organisation panaméricaine de la Santé a accompagné les pays de la sous-région et le SICA dans un effort conjoint avec la BID, dans le cadre du Plan *Puebla Panamá*, pour procéder à de larges processus de concertation des politiques publiques en santé et à la rénovation de l'engagement à la santé pour tous.

Lors de la XX^e Réunion du secteur santé d'Amérique centrale et de la République dominicaine (RESSCAD) —avec la participation additionnelle d'Haïti et de Puerto Rico— les pays membres et l'OPS —en qualité de Secrétariat technique— ont souscrit à un engagement commun pour réduire les disparités et prendre en main la santé d'une façon intégrée. Les pays ont convenu d'utiliser la stratégie des soins de santé primaires pour développer les systèmes nationaux de la santé, ainsi que pour favoriser la réalisation des ODM relatifs à la santé.

Au **Costa Rica**, la politique nationale de la santé et l'Agenda sanitaire concerté ont été formulés à partir de l'analyse du secteur de la santé réalisée en 2002. Ensuite le travail a commencé au plan sous-national pour mener à bien l'analyse de la situation sanitaire et l'analyse fonctionnelle du réseau des services de santé au niveau local.

La coopération technique de l'OPS en **République dominicaine** a été décisive pour l'élaboration et la promulgation de la Loi générale de la santé et de ses règlements (sur la promotion de la santé, la séparation des fonctions, la fourniture des services, les ressources humaines, entre autres questions). De plus, l'Organisation a fermement appuyé la préparation et la mise en application du premier Plan décennal national de la santé. La Loi qui a créé le Système dominicain de sécurité sociale en 2001, a constitué un autre domaine de coopération technique. Les efforts ont porté sur la définition du Plan de base de la santé et son coût, la réglementation des différents régimes d'assurance familiale et la mise en place du régime d'allocations dans une des régions les plus pauvres du pays.

Au début de l'année 2003, au sein des organismes qui font partie du système des Nations Unies, le Groupe thématique de santé infantile et de l'adolescent a été créé au **Panama**. En janvier 2004, dans le but de renforcer les activités relatives à la réalisation des ODM, le champ d'action du Groupe a été élargi à d'autres domaines liés à la mortalité maternelle et à la prévention et au contrôle des maladies transmissibles, raison pour laquelle son nom a changé pour devenir le Groupe thématique de la santé (GTS), avec l'OPS/OMS agissant en la qualité de coordinateur. Parmi les activités les plus importantes du GTS se détachent la réalisation d'un atelier international sur l'analyse de la situation de la santé infantile et de l'adolescent qui a produit un plan d'action pour chaque organisme du système des Nations Unies, un projet pilote d'Écoles promotrices de la santé et une initiative nationale de « reclassement environnemental » avec un impact sur le paludisme, la dengue, la tuberculose, l'eau et les déchets solides.

Pour répondre aux caractéristiques et aux nécessités spécifiques du pays, et dans le cadre des accords de paix et des ODM, un processus dénommé Coopération technique décentralisée intensifiée et interprogrammatique a été établi au **Guatemala**. Soixante pour cent des ressources de la coopération sont destinées à 25% de la population qui vit dans les départements les plus vulnérables du pays, et l'accent est mis sur le renforcement des capacités nationales et locales requises pour répondre aux nécessités de la santé.

Dans la lutte contre la pauvreté et la faim, l'OPS a coopéré avec le **Costa Rica, Cuba, le Salvador, le Guatemala et le Nicaragua** pour développer des projets productifs qui améliorent la sécurité alimentaire et nutritionnelle dans les communautés prioritaires. En outre, les sept pays d'Amérique centrale ont participé à la III^e Foire centraméricaine de sécurité alimentaire et nutritionnelle, à l'occasion de laquelle les exécuteurs directs de ces projets dans les communautés ont partagé leurs expériences, méthodologies et technologies entre eux et avec leurs associés locaux, nationaux et internationaux.

Afin de contribuer à réduire le nombre de personnes sans accès à l'eau salubre, l'exécution du projet « La santé des populations autochtones : amélioration des conditions ambiantes (eau et assainissement) dans les communautés » a été élargie avec la coopération de GTZ. Le projet s'efforce de réduire le risque de transmission de maladies provoquées par les facteurs ambiants, en particulier les facteurs relatifs à l'accès à l'eau et à sa qualité, l'assainissement inadéquat et les mauvaises habitudes d'hygiène dans les communautés autochtones d'Amérique latine. Le **Costa Rica, le Salvador et Panama** réalisent des activités dans le cadre de ce projet.

Le développement des ressources humaines en santé continue à être un axe transversal du travail de l'OPS. **El Salvador** a été pionnier dans l'utilisation du Campus virtuel de santé publique. À l'initiative de l'Institut salvadorien de la sécurité sociale, des efforts sont en cours pour donner un élan au diplôme en gestion hospitalière, avec la participation du Ministère de la Santé publique et de l'Assistance sociale, et l'appui de 14 institutions académiques de renom d'Amérique latine.

À **Cuba**, l'OPS a coopéré avec le Système national de santé aux niveaux national et provincial au moyen de programmes de formation et d'actualisation des ressources humaines, suivant le schéma des fonctions essentielles de santé publique. L'Organisation est également intervenue dans le Programme intégral de santé de Cuba, qui forme des médecins de 24 pays à l'École latino-américaine de médecine, et son volet de services par l'intermédiaire des Brigades médicales. Ces dernières collaborent dans divers pays d'Amérique latine et des Caraïbes, et l'OPS a participé avec les brigades déployées au Guatemala, en Haïti et au Honduras, pour se joindre aux efforts de suivi et d'évaluation conjointe bilatérale.

En juillet 2004, la quatrième Réunion du réseau latino-américain des écoles promotrices de la Santé s'est tenue à San Juan, Puerto Rico. Son but était de diffuser le concept des écoles promotrices de la santé. Après la réunion, le système éducatif de **Puerto Rico** a donné le départ formel de la formation du Réseau portoricain des Écoles promotrices de la santé. À partir des activités entreprises par les pays depuis le lancement officiel de l'Initiative régionale des écoles promotrices de la santé en 1995, et considérant que ce type de stratégies intégrées peuvent s'avérer très utiles pour faire progresser la réalisation des ODM, l'OPS a élaboré les stratégies et lignes d'action 2003-2012 pour renforcer cette initiative régionale.

Caraïbes non hispaniques

La sous-région des Caraïbes non hispaniques comprend les Bahamas, la Barbade, le Guyana, la Jamaïque, le Suriname, Trinité-et-Tobago, les pays indépendants de l'Organisation des États des Caraïbes orientales (OECS) (Antigua et Barbuda, la Dominique, la Grenade, Sainte-Lucie, Saint-Kitts-

et-Nevis, et Saint-Vincent et Grenadines), et les Territoires d'outremer du Royaume-Uni (Anguilla, les îles Vierges britanniques et Montserrat). Les Départements français dans les Amériques (Guadeloupe, la Guyane française et la Martinique) sont inclus dans ce chapitre.

Il s'agit d'une région très diverse du point de vue des caractéristiques géographiques, de la taille, de la topographie, des populations, des religions, de la composition ethnique et des langues. La majorité des pays qui la composent sont des petits états insulaires dont les traits principaux sont une intense activité touristique, la vulnérabilité face aux catastrophes naturelles et la fragilité de leurs économies. En dépit de leurs différences, les pays affrontent des défis communs pour leur développement sanitaire national, et l'Organisation coopère techniquement avec eux aux niveaux national et sous-régional. L'OPS/OMS a adopté une nouvelle méthodologie comme cadre servant à définir la position optimale du Bureau avec chaque pays, dénommée « stratégie de coopération avec le pays ». Cette stratégie a été appliquée au Guyana et elle a servi à reclasser la coopération technique et à mobiliser les associés et alliés à l'appui de ce pays prioritaire. De même, la stratégie de coopération avec le pays a été initiée à la Barbade et dans les pays de l'OECS; il s'agit de la première expérience d'application de la méthodologie au plan sous-régional ou pour un ensemble de pays associés.

Les économies de presque tous ces pays, qui se fondent essentiellement sur le tourisme et les exportations agricoles, ont été affectées de façon négative par les conséquences des événements du 11 septembre 2001 et de la mondialisation. Le traitement préférentiel des produits agricoles sur les principaux marchés a été perdu, et les pays ont dû adapter leurs systèmes et procédés à cette réalité. Dans le cadre des ajustements et la définition des priorités de coopération internationale, L'OPS a fait en sorte que le développement sanitaire national des pays des Caraïbes occupe une place très importante dans leurs agendas, en particulier dans le contexte des ODM.

La Commission Caraïbe sur la santé et le développement, établie sur le modèle de la Commission sur la macroéconomie et santé de l'OMS, donnera une orientation sur l'investissement en santé pour lequel elle peut compter sur l'appui du Bureau de coordination des programmes dans les Caraïbes de l'OPS/OMS.

La coopération technique s'est poursuivie sur la réforme du secteur de la santé à travers l'appui à la formulation des plans stratégiques de santé, une base de données sur les ressources humaines en santé, l'aide à la mise en pratique du Programme public de migration pour le personnel infirmier et la promotion de l'usage des résultats de l'évaluation de l'accomplissement des fonctions essentielles de santé publique dans tous les pays, à l'exception des Départements français.

L'OPS/OMS a fourni la coopération technique afin de renforcer le système de santé dans les **Bahamas** au moyen de l'appui à la formulation d'un schéma de sécurité nationale de santé. En collaboration avec Santé Canada, elle a contribué à l'établissement d'un système d'information de santé publique basé sur le web, et développé au Canada. L'Organisation a aidé la **Barbade** et les pays de l'OECS à l'intégration de protocoles pour la prévention de la transmission verticale de l'infection par le VIH/SIDA dans les services traditionnels de santé maternelle et infantile, facilitant ainsi la durabilité de l'initiative, et elle a mobilisé des ressources de l'OMS pour collaborer à la coordination et la gestion du programme du VIH/SIDA dans les pays de l'OECS. La Stratégie de coopération sous-régionale pour la Barbade et les pays de l'OECS a contribué à la formulation de plans destinés à renforcer la présence de l'OPS/OMS dans ces pays, et diverses options sont actuellement en considération. L'Organisation a renforcé sa coopération technique avec les **Départements français** en collaborant avec le Gouvernement de la France à la nomination d'un fonctionnaire d'origine française au domaine de coopération technique au Bureau de coordination des programmes dans les Caraïbes.

À **Trinité-et-Tobago**, l'OPS/OMS a également appliqué une approche d'espaces sains pour travailler dans les communautés (« Communautés saines ») et de prévention et de contrôle des maladies non transmissibles. Tant à Trinité-et-Tobago qu'à **Aruba** et dans les **Antilles néerlandaises**, l'Organisation s'est acquittée de la coopération technique pour renforcer les systèmes nationaux d'assurances, qui subissent les effets d'une diminution des ressources fiscales en même temps que la demande de services —et par conséquent de ressources— se maintient ou augmente.

Au **Guyana**, l'évaluation des stratégies de coopération avec le pays a souligné le manque d'une information sanitaire de qualité pour produire les preuves sur lesquelles baser les politiques et les programmes de lutte contre le VIH/SIDA et d'autres programmes abordés dans les ODM. Une ressource technique supplémentaire en épidémiologie et un chargé de programme ayant de l'expérience en santé maternelle et infantile ont été affectés en même temps que se poursuit la coopération technique pour la prévention et le contrôle des maladies transmissibles, en particulier l'infection par le VIH/SIDA et le paludisme. En **Jamaïque**, l'Organisation a souligné l'approche de promotion de la santé dans la prévention et le contrôle des maladies, et elle a travaillé de manière interprogrammatique pour appuyer les systèmes de santé dans l'approche de problèmes plus graves, en particulier l'infection par le VIH/SIDA. Le **Suriname** a accordé la priorité aux thèmes préventifs, tels que la stratégie des écoles promotrices de la santé pour inculquer des comportements sains et réduire les facteurs de risque pour la santé chez les enfants, les jeunes et les familles.

Zone andine

Au cours des dernières années, la Zone andine a été caractérisée par une crise constante de gouvernabilité qui s'est manifestée par des mouvements politiques, sociaux, des populations autochtones et économiques qui sans nul doute ont augmenté l'instabilité politique, cette situation s'étant répercutée sur les plus pauvres (autochtones, population rurale, paysans, personnes déplacées et réfugiés).

La persistance de la pauvreté et les crises de gouvernabilité ont un rapport direct avec les niveaux élevés d'inégalité, qui sont un obstacle à la croissance et au développement équitable de la sous-région. Cette réalité historique requiert une approche structurelle qui contribue au renforcement des institutions et de la démocratie, et de la valorisation de l'héritage culturel qui permet de planifier en considérant les gens et le long terme.

La **Communauté andine des Nations**, les Ministres de la Santé de la Zone andine et l'OPS ont travaillé à d'importants projets pour la réduction de la pauvreté et le renforcement de la gouvernabilité. Il convient de mentionner parmi eux, l'installation en juillet 2004 de la Commission technique sous-régionale pour la politique d'accès aux médicaments, résultat de la Réunion sur la propriété intellectuelle et l'accès aux médicaments qui s'est tenue au Pérou les 8 et 9 juillet et qui se conforme à la résolution XXV/396 émise par la REMSAA le 15 mars 2004.

Avec la conduite des ministres de la santé et le travail articulé de l'Organisme andin de santé-Convention Hipólito Unanue et l'OPS/OMS, des Plans intégrés de développement social ont été préparés et le travail a porté sur le développement de la santé aux frontières partagées par les pays qui font partie de la Zone andine.

À travers le Ministère de la Protection sociale, la **Colombie** a conclu en décembre 2003 avec les gouverneurs et les maires récemment élus un engagement dénommé « Le pacte pour la santé publique de Colombie », qui fait siens, et pour ses régions et ses municipalités, les objectifs du Plan stratégique national de santé.

L'**Équateur** a célébré à Guayaquil le I^{er} Congrès national pour la santé et la vie qui, avec une large participation de la société équatorienne, a permis l'élaboration de la Politique d'État en santé et l'Agenda national en santé; le II^e Congrès a déjà été convoqué, et il se tiendra également à Guayaquil. La Loi sur la sécurité sociale et la Loi sur la maternité gratuite, la réforme du Code de santé (actuellement au Congrès national de la République pour approbation et résultat des tables ouvertes

de discussion réalisées dans les principales villes du pays), sont d'autres réussites de l'Équateur dans le renforcement des soins de santé à travers des processus de concertation.

Le Ministère de la Santé et des Sports de **Bolivie** a créé le Mécanisme de coordination de pays dans le cadre de la négociation de projets avec le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme (approuvé en mars 2004), avec le concours des organismes participants et la coopération technique de l'OPS/OMS. Ce mécanisme de coordination de pays a démontré son excellence dans la mobilisation des ressources et la planification pour répondre aux priorités nationales et dans l'amélioration des capacités de gestion des divers acteurs sociaux, principalement ceux qui administrent le Fonds mondial.

Au **Venezuela**, les autorités sanitaires ont donné l'élan au programme « Quartier inclus » (*Barrio Adentro*), une extension des soins de santé primaires aux populations reléguées dans des quartiers marginaux de Caracas et d'autres villes importantes, avec la participation des brigades de santé de Cuba. La formation de dirigeants de l'État et municipaux a également été stimulée pour faciliter la transition au Système public national de la santé. Cette initiative, qui a reçu la coopération technique de l'Organisation pour le fonctionnement du réseau intégré des services, a mis l'accent sur les alliances stratégiques avec d'autres organismes de coopération en santé, notamment GTZ et la Banque mondiale.

Au **Pérou**, le Ministère de la Santé lance la « Croissance nationale pour les droits et responsabilités citoyennes de la Santé ». La Croisade dispose de nombreux alliés et elle a surtout l'appui de la société civile, au mouvement de laquelle l'OPS/OMS participe activement.

Ces exercices réalisés par les autorités sanitaires de la Zone andine partagent l'engagement avec les institutions nationales à la réalisation des ODM, en plaçant la santé dans l'agenda politique national et en reconnaissant que la santé est essentielle à la gouvernabilité et au développement.

Cône Sud

La dynamique de développement du Cône Sud a donné lieu à une série de défis et d'attentes pour la Région, prouvant que la crise donne l'opportunité de croître et de mettre en évidence la solidarité entre les peuples. Les pays de cette sous-région ont démontré qu'ils sont très capables de coopérer entre eux, en mobilisant des ressources pour la santé et d'accorder la priorité à la santé dans l'agenda national. Un des défis les plus marquants qui consiste à réduire les inégalités évidentes dans d'importants groupes de population et à consolider la démocratie pour que les politiques publiques répondent avec équité, efficacité et durabilité aux nécessités sociales.

L'agenda de la santé est dirigé par les Ministres de la Santé du MERCOSUR (dont sont membres l'Argentine, le Brésil, le Paraguay et l'Uruguay en tant qu'États Parties, et la Bolivie et le Chili en tant qu'États associés) et par le Sous-groupe de travail 11 « Santé ». Un processus d'harmonisation en santé, visant l'intégration, est prévu avec la coopération technique de l'Organisation. La Commission intergouvernementale pour la formulation d'une politique de santé sexuelle et reproductive dans le MERCOSUR s'est réunie, et a progressé dans la formulation de grandes lignes communes des gouvernements, des organisations non gouvernementales et de la société civile pour définir la politique, en réponse à la résolution de la XVI^e Réunion des Ministres de la Santé du MERCOSUR qui s'est tenue en juin 2004.

L'Organisation a coopéré avec la Commission spéciale de santé de l'Amazone (dont sont membres des représentants de la Bolivie, du Brésil, de la Colombie, de l'Équateur, du Guyana, du Pérou, du Suriname et du Venezuela) dans le cadre de l'Organisation du Traité de coopération amazonienne pour mener à bien des projets frontaliers qui peuvent être étendus à d'autres domaines d'intégration. L'élaboration du Réseau de surveillance épidémiologique pour l'Amazone, l'appui au contrôle du paludisme, la création du réseau de laboratoires pour le contrôle du paludisme et d'autres maladies émergentes et réémergentes en Amazonie, et le développement des services de santé frontaliers, entre autres, méritent d'être mentionnés.

La III^e Réunion des Ministres de la Santé de l'Amérique du Sud qui s'est tenue à Buenos Aires le 18 juin 2004, a permis aux pays qui y étaient réunis d'identifier des problèmes communs, de rechercher des solutions partagées et de réaffirmer les engagements pris dans des thèmes aussi importants que les ODM; la santé dans les zones frontalières; l'immunisation et l'importance de l'interruption de la transmission autochtone de la rougeole et du maintien de l'éradication de la poliomyélite; les échanges d'expériences importantes sur les soins de santé primaires dans la sous-région, et l'élan donné à la politique de lutte contre le tabagisme. Les apports techniques de l'OPS/OMS ont appuyé cette réunion.

L'OPS/OMS a également apporté sa coopération technique aux autorités sanitaires des pays du Cône Sud qui ont établi des processus marquants pour réduire les inégalités, avec la large participation de la société civile et des différents protagonistes. À Santiago au **Chili**, la première Conférence de consensus citoyen en Amérique latine s'est tenue en novembre 2003, pour discuter des aspects éthiques, technologiques, politiques et économiques se rapportant au traitement de la fièvre typhoïde. Le Congrès national, le Conseil national de science et technologie, des citoyens de Santiago et des environs, et l'OPS/OMS ont participé à la Conférence qui était organisée par le Ministère de la Santé. Le dialogue sans heurts entre experts et citoyens a également eu pour résultat

une méthodologie destinée à établir des mécanismes de consultation et de participation citoyenne, qui sera appliquée à d'autres conférences ainsi que dans la conduite de la réforme de la santé au Chili.

Le Gouvernement de l'**Argentine** a élaboré une stratégie pour assurer l'accès aux médicaments par les populations les plus vulnérables qui ont été gravement affectée pendant la crise économique. Cette stratégie se fonde sur trois lignes d'action : promotion des médicaments génériques, financement sélectif et fourniture publique de médicaments à travers la création du programme REMÉDIER (REMEDIAR). Grâce à cette stratégie, 71 % des médicaments sont actuellement prescrits en Argentine sous leur appellation générique, et selon les estimations, l'épargne annuelle réalisée en frais de médicaments atteint environ \$ 750 millions. Une évaluation du programme REMEDIAR effectuée en 2003 a indiqué que 94% des bénéficiaires vivaient au-dessous du seuil de la pauvreté et que les ordonnances du programme REMEDIAR équivalaient en moyenne à 24% du revenu du bénéficiaire.

Afin de promouvoir des activités de participation communautaire et de formation du consommateur à titre de stratégie destinée à promouvoir l'innocuité des aliments, l'**Uruguay** a célébré pour la troisième fois consécutive la « Journée municipale de l'aliment sain » avec le Congrès national des intendants municipaux de l'Uruguay et l'appui de l'INPPAZ et de l'OPS/OMS. Un élan a été ainsi donné à un mécanisme de vaste participation intersectorielle (municipalités, Ministère de la Santé, chambres de producteurs alimentaires, chambres de commerce des aliments, centres d'éducation primaire et secondaire, moyens de communication et communicateurs). La stratégie des « Cuisines ouvertes », grâce à laquelle les élèves d'écoles primaires et secondaires de l'ensemble du pays visitent des établissements où sont élaborés des produits alimentaires, encourage l'acquisition d'habitudes de bonne consommation et de préparation saine des aliments au foyer. Le 20 mai, quelque 12.000 élèves se sont mobilisés dans l'ensemble de l'Uruguay et ils ont été reçus dans 19 départements par une centaine d'entreprises du secteur qui leur ont fait faire un parcours illustrant la production saine des aliments.

Dans le domaine de la recherche et de la diffusion scientifique, l'Organisation a appuyé une étude sur les aspects économiques du tabac dans la société uruguayenne. D'autre part, il faut souligner l'esprit de conviction et le plaidoyer utilisés pour favoriser des projets de loi intégraux et freiner des initiatives de loi inappropriées pour le contrôle du tabagisme.

Avec la participation de l'ACDI et la coopération technique de l'OPS/OMS, le Ministère de la Santé publique et du Bien-être social du **Paraguay** a lancé le projet « Prévention et contrôle des maladies prioritaires de l'Amérique du Sud » (qui englobe les PCIME, la maladie de Chagas, les infections de transmission sexuelle et la tuberculose), visant à réduire la morbidité et la mortalité des enfants, des jeunes et des adultes imputable aux maladies prédominantes. La large participation

intersectorielle et sociale à ce projet a permis d'appliquer aux enfants de moins de cinq ans des zones périphériques, la stratégie PCIME qui a déjà été incorporée dans les programmes des écoles de médecine et d'infirmerie du pays. Le projet est appuyé par la participation très active du Ministère de l'Éducation dans la surveillance et le contrôle de la maladie de Chagas. Il comprend également des zones de démonstration pour l'expansion de la stratégie. D'autre part, en termes de législation, le Paraguay a fait des progrès dans le processus d'actualisation de la législation concernant la sécurité du sang, en tenant compte à cette fin du contexte créé par la réglementation du MERCOSUR; le Bureau a assuré sa coopération à cette entreprise.

Le Gouvernement du **Brésil** a réalisé la 12^e Conférence nationale de la santé sur le thème « Le SUS que nous avons, le SUS que nous voulons » (Système unique de santé). La Conférence, à caractère délibératoire, a rassemblé environ 5.000 participants, avec une représentation paritaire des usagers par rapport aux représentants du Gouvernement, des prestataires des services et des professionnels de la santé. La Conférence a discuté des progrès et des difficultés du Système unique de santé. L'OPS/OMS a participé activement à l'organisation et à la réalisation de la Conférence. D'autre part, en matière d'avancées technologiques, le Brésil œuvre à la réduction de l'impact des risques environnementaux sur la santé. Une méthodologie d'évaluation a été formulée et appliquée dans près de 1.800 municipalités, résultat d'un travail intense de collaboration entre institutions académiques du pays, le Ministère de la Santé et l'OPS/OMS. Les interventions ont été évaluées d'une perspective épidémiologique, économique, sociale, culturelle, technologique et de gestion. La méthodologie a été présentée au VI^e Congrès d'Épidémiologie de l'Association brésilienne de santé collective.

Avec la participation de 14 ministres de la santé, d'autorités, de spécialistes internationaux, des Directeurs de l'OPS et de l'OMS et de deux des Directeurs Émérites, le Brésil a réalisé le Séminaire international sur les soins de santé de base – 25 ans de la Déclaration d'Alma-Ata, activité qui a servi à réaffirmer la stratégie des soins de santé primaires.

Coopération technique entre pays

La coopération internationale a changé son approche, en passant d'un concept d'assistance technique et financière qui a prédominé jusqu'à la décennie de 1980, à un concept plus intégré et plus englobant, comme l'est celui de la coopération technique destinée à transférer les aptitudes et les connaissances et à développer les capacités, plutôt qu'à fournir le financement ou les conseils. À son tour, cette dernière approche accorde une importance primordiale à la coopération technique entre les pays en développement ou à la coopération technique entre pays.

L'échange d'expériences et la complémentarité des ressources constituent les richesses de la coopération entre pays, en reconnaissant les capacités existantes dans les pays en développement et leur utilité potentielle quand elles se mettent au service d'autres pays qui connaissent des conditions économiques, technologiques et sociales similaires.

Pour l'OPS, la coopération technique entre pays est une priorité programmatique. Il s'agit là d'un mécanisme idoine pour appuyer le développement des capacités dans les pays, et qui offre une possibilité de former des associations stratégiques entre les institutions des pays membres et de construire ou de développer des réseaux et des alliances pour aborder les facteurs déterminants de la santé à l'aide d'activités intersectorielles. Pendant la période biennale 2002-2003, 68 projets de coopération technique entre pays ont été approuvés. En ce qui concerne la période biennale actuelle, 17 projets ont été approuvés et sont en cours d'exécution, et 25 autres sont en cours de négociation et de révision. Le tableau suivant indique le montant des ressources affectées aux projets de coopération technique entre pays pour les trois dernières périodes biennales.

Ressources financières de l'OPS affectées à des projets de coopération technique entre pays, par sous-région et période biennale, Région des Amériques, 1998-2003

Sous-région	Période biennale (US\$)			Total
	1998-1999	2000-2001	2002-2003	
Zone andine	427.870	432.428	455.512	1.315.810
Cône Sud	346.120	482.306	314.278	1.142.704
Caraïbes non hispaniques	456.705	325.494	353.392	1.135.591
Caraïbes hispaniques	147.203	273.402	420.218	840.823
Amérique centrale	380.583	476.168	573.402	1.430.153
Amérique du Nord	27.500	147.432	57.850	232.782
Total	1.785.981	2.137.230	2.174.652	6.097.863

On observe une tendance croissante dans le volume de projets de coopération technique entre pays; pour la période biennale 2004-2005, les ressources représentent \$ 2.898.400.

ALLIANCES STRATÉGIQUES EN FAVEUR DE LA SANTÉ

La majorité des pays réalisent la décentralisation sous des formes différentes, concédant de plus en plus de responsabilités aux entités du niveau sous-national et local. Entre-temps, les niveaux centraux se consacrent davantage aux fonctions politiques et de réglementation. D'autre part, pour mieux affronter les défis découlant de la mondialisation, les pays délèguent également des responsabilités aux niveaux supranationaux. Dans le but de participer plus favorablement à ce processus, les pays de la Région négocient diverses conventions relatives au commerce ou à l'intégration dans la sphère mondiale, régionale et sous-régionale. L'OMC, l'ALCA, le MERCOSUR, la CAN, le SICA, la CARICOM, l'ALADI, l'OIRSA, l'OTCA, l'ORAS, l'AEC et le TLC sont quelques unes des entités qui accordent de plus en plus d'intérêt aux thèmes de la santé. Pour intégrer la santé dans ces négociations, le secteur de la santé travaille avec ses homologues dans les secteurs du commerce, de l'agriculture et des relations extérieures.

À la lumière de la situation actuelle à laquelle font face les pays des Amériques, en particulier en ce qui regarde l'inégalité et la pauvreté, on peut se demander quelle est la réponse de la communauté internationale. La santé, la pauvreté et l'équité sont des facteurs clés qui ont une relation directe avec les mandats déterminés par les Organes directeurs de l'OPS et de fait, ils sont résolument intégrés dans l'Agenda international de Développement. Plus spécifiquement, la santé et le genre ont fait l'objet d'une grande attention au cours des dernières années. La force motrice pour le développement international a été l'adoption des ODM lors du Sommet du Millénaire des Nations Unies tenu en septembre 2000.

Dans diverses tribunes internationales réalisées dans les années récentes, les ODM ont été utilisés comme un tremplin pour étendre la visibilité et la volonté politique dans l'approche de la pauvreté, de la santé et de l'équité. Parmi ces tribunes, on peut citer la Conférence internationale sur le financement pour le développement, une importante réunion au sommet convoquée par les Nations Unies à Monterrey au Mexique en mars 2002, le Sommet de Johannesburg pour le développement durable qui s'est tenu en septembre 2002, qui a indiqué que la santé, l'eau et l'assainissement, l'énergie, l'agriculture et la diversité biologique sont les composantes essentielles d'un développement économique durable du point de vue environnemental et, dans le domaine de l'équité, la Conférence mondiale contre le racisme, la discrimination raciale, la xénophobie et l'intolérance qui y est associée, s'est tenue à Durban, en Afrique du Sud en septembre 2001.

Le système des Nations Unies apporte son appui et participe à l'établissement de fonds et d'initiatives spéciales destinées à aborder les problèmes de santé du monde (par exemple, l'ONUSIDA, la GAVI, le FMSTP). D'autres événements importants ont été la Session spéciale de l'Assemblée générale des Nations Unies (UNGASS) sur le SIDA, à laquelle ont participé des dirigeants mondiaux qui ont été exhortés à affronter avec fermeté la pandémie de SIDA, ainsi que la Session spéciale de l'UNGASS sur les enfants, tenue en mai 2002, qui a constitué une autre initiative mondiale importante pour évaluer les progrès accomplis dans les objectifs de santé infantile.

Outre les réunions mondiales, les Sommets des Amériques ont donné une grande opportunité de promouvoir l'agenda de la santé et de l'équité dans la Région. Le dernier Sommet extraordinaire des Amériques a eu lieu à Monterrey, au Mexique en janvier 2004, et il était essentiellement consacré au développement social, à la croissance économique avec équité et à la gouvernance démocratique. La composante de développement social a traité les thèmes du VIH/SIDA, l'extension de la protection sociale en santé, les maladies émergentes et réémergentes, et la santé et l'environnement. D'autres sommets régionaux, comme les Sommets ibéroaméricains et les Sommets de Premières Dames, ont également abordé les questions de santé et d'équité, et l'OPS a participé à la planification et à la réalisation de ces réunions.

Pour la Région des Amériques, il est impératif d'augmenter, ou à tout le moins de maintenir, la proportion de 14% de l'Assistance officielle au développement (AOD) relative à la santé (10% de l'AOD générale) à un moment où divers facteurs convergent pour acheminer les fonds à d'autres régions nécessiteuses. L'un de ces facteurs est représenté par la tendance des sources tant publiques que privées, à investir une bonne partie de leurs ressources dans le financement du FMSTP, qui à son tour, se concentre sur les pays de l'Afrique. Un autre facteur veut qu'un petit nombre de pays seulement (4 ou 5), se qualifie pour l'assistance de nombreux organismes de coopération bilatérale. Cette approche empêche d'affronter les inégalités et la pauvreté qui sont encore présentes dans presque tous les pays de la Région. De plus l'OPS affronte quant à elle, une diminution des ressources régionales de financement, en raison de la tendance croissante à l'augmentation de la coopération bilatérale et d'une décentralisation de la prise de décisions au niveau national.

Un autre aspect important est le processus de réforme des Nations Unies, thème clé dans le développement de la santé et de l'équité au titre du programme international. Le Groupe des Nations Unies pour le Développement (GNUD) dispose de deux instruments pour atteindre les quatre objectifs de la réforme : le Système d'évaluation commune pour les pays et le Cadre d'assistance des Nations Unies pour le développement (CANUD). Ce travail interinstitutionnel donne une opportunité à l'OPS de promouvoir l'action intersectorielle en santé et les questions d'équité. En tant que telle, l'OPS peut

contribuer à ce processus en évaluant la répercussion d'importants projets de développement sur la santé dans la Région. Le GNUM a également désigné cinq pays prioritaires en Amérique latine et dans les Caraïbes, qui sont les mêmes pays prioritaires que ceux de l'OPS : Bolivie, Guyana, Haïti, Honduras et Nicaragua. Le Système d'évaluation commune pour les pays et le CANUD pour ces pays sont déjà terminés. En Bolivie, au Guyana, au Honduras et au Nicaragua, il existe une relation entre le CANUD et les Documents de stratégie de réduction de la pauvreté de la Banque mondiale.

Le Directeur exécutif de l'ONUSIDA et les Directeurs et Chefs régionaux des co-sponsors de l'ONUSIDA se sont réunis à Washington, DC, en juin 2003, pour renforcer la réponse des Nations Unies à l'infection par le VIH/SIDA dans les pays de l'Amérique latine et des Caraïbes. L'ONUSIDA, l'UNICEF, le PNUD, le FNUAP, l'UNESCO, l'OIT, l'ONUDD, la Banque mondiale et l'OPS ont signé une Déclaration destinée à approfondir le dialogue sur l'infection par le VIH/SIDA avec les dirigeants de gouvernements et autres responsables de la prise de décisions de haut niveau dans les pays de la Région, et à concrétiser des actions qui neutralisent la discrimination contre les personnes qui vivent avec le VIH/SIDA et les populations vulnérables. En février 2004, l'ONUSIDA et l'OPS ont tenu une autre réunion au cours de laquelle a été faite une mise à jour de la situation du VIH/SIDA. Des stratégies ont été établies et les progrès ont été examinés dans le travail conjoint sur l'infection par le VIH/SIDA dans les Amériques, dont l'Initiative du Président Bush. L'un des résultats de cette réunion s'est concrétisé par les termes de référence d'un comité coordinateur interinstitutionnel sur l'infection par le VIH/SIDA pour l'Amérique latine et les Caraïbes.

En juin 2003, le Comité régional OPS/UNICEF/FNUAP sur la santé a établi les priorités dans des domaines spécifiques au niveau régional et des pays, en mettant l'accent sur l'identification d'interventions dans des pays critiques et en abordant l'agenda inachevé en santé. Les pays prioritaires identifiés étaient la Bolivie, le Guyana, Haïti, le Honduras et le Nicaragua, et les domaines techniques prioritaires étaient le VIH/SIDA, les ODM, le genre, la santé sexuelle et reproductive, et les soins de santé primaires. En février 2004 a eu lieu la cérémonie de lancement du Groupe de travail inter agences régional pour la réduction de la mortalité et de la morbidité maternelles en Amérique latine et dans les Caraïbes, où l'OPS, le FNUAP, l'UNICEF, Family Care International, le Conseil de la Population, la BID, la Banque mondiale et l'USAID ont signé la Déclaration d'appui à la réduction de la mortalité et de la morbidité maternelles en Amérique latine et dans les Caraïbes. Dans le cadre de ces engagements, un groupe d'étude a élaboré une stratégie de consensus pour les dix prochaines années et a déterminé cinq domaines d'action prioritaires.

La promotion de programmes durables au lieu de projets à court terme est une tendance supplémentaire dans la stratégie de la coopération technique de l'OPS. L'Organisation et ses associés élargissent l'horizon pour accumuler le capital social dans les pays et investir dans les ressources humaines nationales et leur capacité technique. Même si les projets peuvent s'avérer

efficaces sur le court terme, les progrès peuvent s'arrêter à la fin du cycle du projet. En déplaçant l'attention sur des programmes à moyen terme, l'OPS contribue à promouvoir l'appropriation locale des stratégies de coopération technique et permettre leur durabilité dans le futur. Des avancées importantes ont été faites avec la conclusion d'accords avec des institutions religieuses, la société civile, des associations professionnelles, le secteur privé et des organisations non gouvernementales pour incorporer des stratégies et des protocoles communs dans le but d'assurer la synergie et la synchronisation requises afin d'accélérer la réussite d'impacts positifs sur la santé de la population, en renforçant la direction des autorités de santé locales et nationales.

L'ORGANISATION PANAMÉRICAINE DE LA SANTÉ EN ACTION

À l'aide de divers groupes de travail et d'étude, depuis juin 2003 le Bureau traite et développe des propositions pour assurer l'efficacité et la pertinence de l'Organisation au XXI^e siècle. Les propositions varient d'idées simples en vue de l'amélioration de l'efficacité, à des propositions complexes de grande portée en matière de stratégies, de gouvernabilité et de culture de l'Organisation. Diverses propositions se prêtaient à exécution immédiate, et elles sont déjà appliquées par diverses lignes directives. Pour sa part, l'adoption de recommandations plus complexes qui requièrent des investissements considérables de temps et d'argent, se poursuit à un rythme plus lent. C'est le cas par exemple, de l'examen des modalités de coopération technique et l'élaboration d'une stratégie des ressources humaines actualisée pour l'OPS. De plus, le Bureau prévoit que les recommandations que formule le Groupe de travail du Comité exécutif sur l'OPS au XXI^e siècle, auront des implications additionnelles sur le processus de changement.

Dans quelques domaines, l'Organisation bénéficie déjà des changements apportés jusqu'à présent. Par exemple, la modification du processus de planification et de budget a eu comme résultat initial une meilleure intégration entre l'allocation des ressources et les objectifs du programme de travail de l'OPS, et l'alignement de ce dernier sur les domaines de travail de l'OMS. Il convient de souligner également l'évolution d'une approche de projets à une approche de programmes dans divers domaines de travail, la redéfinition des fonctions des domaines avec des délégations de pouvoir nouvelles et plus grandes, une structure modifiée pour faciliter une cohésion majeure dans la direction stratégique de l'Organisation —comme l'a ébauché le Plan stratégique 2003-2007— et la Stratégie de gestion. De plus, le Bureau facilite l'examen par le Comité exécutif des orientations de politique et de la politique du budget régional de l'OPS. Ces politiques auront une répercussion marquée sur la direction stratégique de l'Organisation.

Le Bureau a donné une priorité claire au renforcement des relations avec le système des Nations Unies dans la Région, pour participer aux processus de réforme des Nations Unies et étendre la série d'associations de l'OPS. Ces réformes renforcent la capacité du Bureau pour aider les pays de la Région à prévoir et répondre aux thèmes de santé mondiaux et influencer le programme mondial de la santé.

En janvier 2004 une Équipe pour la gestion du changement a été établie dans le bureau de la Directrice. Elle travaille avec la Gestion exécutive et la Gérance du Personnel pour faciliter

l'introduction de nouveaux processus et d'une nouvelle culture de travail au cours de la période 2004-2005. Elle reçoit l'appui d'un groupe qui comprend un représentant nommé par l'Association du personnel et ce groupe est connu à l'intérieur de l'Organisation sous le nom des « Amis du Changement ».

En vertu de la proposition présentée par le Mexique, le 44^e Conseil directeur a adopté la résolution CD44.R14 pour former le Groupe de Travail du Comité exécutif sur l'OPS au XXI^e siècle, ouvert à tous les pays de la Région ainsi qu'à quelques organisations internationales concernées. Sous la présidence de la Barbade et avec la participation de l'Argentine, du Costa Rica et du Pérou en tant que membres désignés par le Comité exécutif, le Groupe de Travail a commencé sa tâche par une réunion qui s'est tenue à Roseau, Dominique, en février 2004, à laquelle ont assisté des représentants de 13 pays, et également de l'OMS et de l'ALAESP. Au cours de la réunion, les participants ont convenu de développer six thèmes principaux pour orienter la réflexion : biens mondiaux de santé publique, défis pour la santé publique dans les Amériques au XXI^e siècle, modalités de coopération technique en matière de santé, alliances pour la santé, gouvernance de l'OPS et ressources pour la santé.

Avec la participation des Organes directeurs, les responsables et tout son personnel, l'OPS progresse dans son objectif d'aider les pays dans leur développement sanitaire à travers un cadre qui englobe la nécessité de terminer l'agenda inachevé de la santé publique, de protéger les réussites obtenues en santé et d'affronter les défis futurs. Le but est de garantir que l'Organisation continue à être une force dynamique en vue de la conquête de l'équité en santé au XXI^e siècle.

SIGLES ET ORGANISMES OU PROGRAMMES CORRESPONDENTS

ACDI	Agence canadienne pour le développement international
AEC	Association des États des Caraïbes
ALADI	Association latino-américaine d'intégration
ALAESp	Association latino-américaine et des Caraïbes d'éducation en santé publique
ALCA	Zone de libre-échange des Amériques
ASDI	Agence suédoise pour le développement international
BID	Banque interaméricaine de développement
CAN	Communauté andine des nations
CANUD	Cadre d'assistance des Nations Unies pour le développement
CARICOM	Communauté Caraïbe
CDC	Centres pour le contrôle et la prévention des maladies (EUA)
CEPAL	Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes (NU)
CLAP	Centre latino-américain de périnatalogie et de développement humain (OPS)
EPA	Agence de protection de l'environnement des États-Unis
FAO	Organisation des Nations Unies pour l'agriculture et l'alimentation
FDA	Administration des médicaments et des aliments des États-Unis
FMSTP	Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour la population
GAVI	Alliance mondiale pour les vaccins et l'immunisation
GNUD	Groupe des Nations Unies pour le développement
GTZ	Organisme allemand de coopération technique
IICA	Institut interaméricain de coopération pour l'agriculture
INCAP	Institut de nutrition d'Amérique centrale et de Panama (OPS)
INPPAZ	Institut panaméricain de protection des aliments et des zoonoses (OPS)
MERCOSUR	Marché commun du Sud
ODM	Objectifs de Développement pour le Millénaire

OEA	Organisation des États américains
OECS	Organisation des États des Caraïbes orientales
OIE	Office international des épizooties
OIRSA	Organisme international régional contre les maladies des plantes et des animaux
OIT	Organisation internationale du Travail
OMC	Organisation mondiale du Commerce
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONU	Organisation des Nations Unies
ONUDD	Office des Nations Unies contre la drogue et le crime
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
OPS	Organisation panaméricaine de la Santé
ORAS	Organisme andin de santé
OSHA	Office de sécurité et de santé du travail des États-Unis
OTCA	Organisation du traité en vue de la coopération amazonienne
PCIME	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant
PAM	Programme alimentaire mondial
PNUD	Programme des Nations Unies pour le développement
PNUE	Programme des Nations Unies pour l'environnement
REMSAA	Réunion des Ministres de la Santé de la Zone andine
RESSCAD	Réunion du secteur santé d'Amérique centrale et de la République dominicaine
SICA	Système d'intégration d'Amérique centrale
TLC	Accord de libre-échange d'Amérique du Nord
UNESCO	Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture
UNGASS	Session spéciale de l'Assemblée générale des Nations Unies
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
USAID	Agence des États-Unis pour le développement international (EUA)
USDA	Département de l'agriculture des États-Unis