



ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ  
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ



## 45<sup>e</sup> CONSEIL DIRECTEUR 56<sup>e</sup> SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL

Washington, D.C., E-U, 27 septembre-1<sup>er</sup> octobre 2004

*Point 5.3 de l'ordre du jour provisoire*

CD45/8 (Fr.)

12 août 2004

ORIGINAL : ANGLAIS

### OBJECTIFS DE DÉVELOPPEMENT POUR LE MILLÉNAIRE ET CIBLES SANITAIRES

Le présent document décrit le rôle de l'OPS à l'appui des États Membres en vue de la réalisation des Objectifs de la Déclaration du Millénaire et autres cibles apparentées connus généralement comme les Objectifs de développement pour le Millénaire (ODM). Les ODM constituent les résultats de décades de consensus d'opinion au sein du système des Nations Unies et de ses sommets mondiaux et des conférences mondiales. Ils récapitulent les engagements clés convenus par les Chefs d'État à l'occasion du Sommet du Développement du Millénaire dans la Déclaration du Millénaire.

En 2005, l'Assemblée générale des NU évaluera les progrès mondiaux en vue des Objectifs de la Déclaration du Millénaire cinq années après le Sommet. La réalisation des objectifs liés à la santé sera centrale à cette évaluation, et les États Membres auront à soutenir une action concertée pour aller dans cette direction. Les ODM ont mis l'investissement dans la santé des gens au centre même du nouvel agenda du développement mondial.

Le système des Nations Unies et le système interaméricain accordent la priorité la plus élevée au cadre des ODM dans leur travail. À cet égard, l'OPS/OMS avance des stratégies pour relever le défi et cherche à utiliser cette opportunité comme un point d'entrée clé pour inscrire la santé au sommet de la liste du programme politique des pays, des organes sous-régionaux et des organisations régionales et renforcer la coopération avec ses nombreux partenaires.

Les ODM liés à la santé font maintenant partie intégrante des priorités de l'OPS/OMS et sont liés à son engagement à l'équité en santé entre les pays et au sein des pays et au développement de politiques sanitaires avec des résultats mesurables. Ils s'inscrivent dans le processus de développement de la santé nationale et sont fortement tributaires du degré de couverture de la protection sociale en santé.

L'Organisation s'est engagée dans un effort considérable pour intégrer et incorporer les ODM dans son programme de travail au niveau de la Région et au niveau des pays. Le présent document décrit les développements majeurs qui se sont produits dans ce sens et mentionne certaines étapes futures.

Le Comité exécutif a adopté la résolution CE134.R8 pour la considération du Conseil directeur.

## TABLE DES MATIÈRES

	<i>Page</i>
Objectifs de développement pour le millénaire (ODM) : un agenda commun focalisé .....	3
Engagement aux Objectifs de la Déclaration du Millénaire dans les Amériques : appropriation des pays.....	4
Où se situe la Région des Amériques par rapport aux ODM liés à la santé ? .....	5
Contexte de politique des ODM et implications pour l'approche de l'OPS.....	15
Comment progresse l'OPS ?.....	18
Les ODM s'inscrivant dans le renouveau et les priorités stratégiques de l'OPS .....	20
Accent mis sur l'équité : Pays et populations prioritaires .....	21
Assurer une approche intégrée des ODM .....	22
Encourager un engagement à des politiques sanitaires avec des objectifs et des cibles sanitaires mesurables.....	24
Les efforts au sein de l'OPS .....	27
Mesures à prendre par le Conseil directeur .....	30

## **Objectifs de développement pour le millénaire (ODM) : un agenda commun focalisé**

1. En adoptant la Déclaration du Millénaire des Nations Unies en 2000, 189 Chefs d'État ont avalisé une stratégie mondiale par laquelle les États Membres s'engagent à réduire considérablement la pauvreté et mener des actions clés pour le développement d'ici l'an 2015. Cette stratégie a été concrétisée dans une feuille de route qui définissait huit objectifs spécifiques, appelés les Objectifs de développement pour le Millénaire. La stratégie et les objectifs ont été réaffirmés à la Conférence de Monterrey des NU sur le financement du développement en mars 2002 et le Sommet mondial sur le développement durable en septembre 2002 à Johannesburg.

2. Par cette action, les États Membres ont confirmé à nouveau les accords convenus à des sommets antérieurs des NU, tels que la Conférence internationale sur la population et le développement au Caire (1994), le Sommet mondial pour le développement social à Copenhague (1995), le Sommet de la terre à New York (1997), le Sommet alimentaire mondial à Rome (2002), et la Session extraordinaire sur l'enfance de l'Assemblée générale à New York (2002).

3. Depuis l'adoption de la Déclaration du Millénaire, ses objectifs principaux ont été résumés comme étant un ensemble de huit objectifs et 18 cibles auxquels on se réfère généralement comme les Objectifs de développement pour le Millénaire (ODM). Une série de 48 indicateurs ont été proposés pour mesurer les progrès (voir annexe A). De nombreuses organisations internationales et organismes donateurs ont depuis lors recentré leurs programmes de travail en vue de la réalisation des ODM. La feuille de route telle que proposée par le Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD) met en relief la synergie entre les huit ODM; ils sont en fait présentés comme un ensemble indivisible. Cette approche renforce les principes et la stratégie de la Santé pour tous et des Soins de santé primaires (SSP) et met la santé au centre du développement économique et social.

4. Les Objectifs de développement de la Déclaration du Millénaire ont mis l'investissement dans la santé des gens au centre même de l'agenda du développement mondial du vingt-et-unième siècle et donnent à la communauté de la santé publique un point d'entrée d'une valeur incalculable pour accroître le profil de la santé. Trois des huit ODM se rapportent explicitement à des problèmes de santé — réduire la mortalité infantile, améliorer la santé maternelle, et lutter contre le VIH/SIDA, le paludisme et d'autres maladies. Sept des 18 cibles ont une relation directe avec la responsabilité du secteur de la santé — cible 2 : malnutrition, cible 5 : mortalité infantile, cible 6 : mortalité maternelle, cible 7 : VIH/SIDA, cible 8 : paludisme et autres maladies infectieuses, cible 10 : eau potable, et cible 17 : médicaments essentiels. Cette priorité élevée accordée à la santé met en relief le nouveau consensus qui veut que la santé ne

constitue pas seulement le résultat d'un développement accru, mais qu'elle en est la fondation.

### **Engagement aux Objectifs de la Déclaration du Millénaire dans les Amériques : appropriation par les pays**

5. Le renforcement de l'engagement politique aux Objectifs de la Déclaration du Millénaire dans la Région des Amériques demeure un défi; et très peu de pays ont pleinement intégré les Objectifs dans leurs processus de politique. À compter de juin 2004, neuf pays des Amériques avaient produit un rapport sur les ODM et les Caraïbes orientales avaient préparé un rapport sous-régional. De plus, 11 rapports de pays sont en préparation et cinq pays ont commencé à élaborer leurs documents nationaux. À leur titre de partenaires internationaux, le Canada et les États-Unis ont entrepris des efforts particuliers en ce qui concerne les ODM dans la Région. Par exemple, le Canada a pris un engagement financier important vis-à-vis de la stratégie « 3 millions d'ici 2005 » de l'OMS. La Bolivie, le Honduras et le Nicaragua ont été sélectionnés dans le premier groupe de pays pour recevoir une aide au développement des États-Unis par le truchement du Compte du Défi du Millénaire (*Millenium Challenge Account*).

6. L'appropriation du processus des ODM par les pays est essentielle et son importance a été soulignée lors de la récente conférence à haut niveau de Brasilia le 17 novembre 2003, initiée par la Banque interaméricaine de développement (BID), la Banque mondiale, le PNUD et la Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes (CEPALC), conjointement avec le Gouvernement du Brésil. La conférence a rassemblé des dirigeants politiques et des représentants d'organisations régionales de l'ensemble des Amériques et a mis en évidence l'importance de la réalisation d'un consensus politique pour l'exécution des Objectifs de la Déclaration du Millénaire dans les Amériques. La Déclaration de Brasilia qui a suivi est un appel à l'action et l'exécution,<sup>1</sup> qui renforce le principe de partenariats inhérent aux Objectifs de la Déclaration du Millénaire et qui définit les responsabilités des gouvernements, des législateurs, de la société civile et de la communauté internationale. Elle fait également ressortir la façon dont les objectifs et les cibles de la Déclaration du Millénaire, parmi eux les cibles liées à la santé, appuient et renforcent les mandats et les priorités adoptés dans les Sommets des Amériques.

7. Le premier Sommet des Amériques de Miami en 1994, a en effet approuvé un engagement ferme à un accès équitable aux services de santé de base, conformément aux

---

<sup>1</sup> Banque interaméricaine de développement, Programme des Nations Unies pour le développement, Gouvernement du Brésil, Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes, Banque mondiale. Déclaration de Brasilia : Proposition pour réaliser les objectifs de développement pour le millénaire. 17 novembre 2003.

recommandations de l'OPS.<sup>2</sup> Au Sommet de Santiago en 1998, l'accent a été mis sur le développement et l'exécution d'une technologie de la santé efficace et à faible coût, avec l'appui technique de l'OPS comme moyen visant l'éradication de la pauvreté.<sup>3</sup> Le troisième Sommet des Amériques dans la ville de Québec en 2001, a donné la priorité à l'élimination de la pauvreté dans un contexte d'équité, de gouvernance démocratique et de durabilité de l'environnement, et a demandé la coopération technique en santé permanente de l'OPS et d'autres organisations internationales.<sup>4</sup> Lors du Sommet spécial des Amériques en 2003, les Gouvernements de la Région ont donné leur accord à la Déclaration de Nuevo León, qui cerne trois objectifs étroitement liés pour améliorer les conditions de vie des populations des Amériques : croissance économique avec équité pour réduire la pauvreté, développement social, et gouvernance démocratique. En ce qui concerne la santé, la protection sociale en santé a été reconnue comme un élément clé du progrès national et les pays se sont engagés à étendre les stratégies de prévention, de soins et de promotion de la santé, en mettant l'accent particulièrement sur les segments les plus vulnérables de la société. Le VIH/SIDA a été considéré comme spécialement préoccupant, ainsi que les maladies émergentes et ré-émergentes, notamment le paludisme, la tuberculose et d'autres. Une coopération technique renforcée de l'OPS pour mettre en œuvre des activités de santé publique pour le contrôle de ces maladies a été demandée.<sup>5</sup> Un processus est en cours pour assurer que les ODM constitueront une composante importante du prochain Sommet des Amériques en 2005, en Argentine. Cet événement offrira une excellente opportunité de mettre en relief l'importance des investissements dans la santé.

### **Où se situe la Région des Amériques par rapport aux ODM liés à la santé ?**

8. Une analyse récente laisse entendre qu'aucun pays dans les Amériques n'atteindra probablement tous les objectifs des ODM. En fait, certains des plus grands défis pour les pays des Amériques résident dans le domaine de la santé. À présent, la Région prise dans son ensemble ne semble pas prête à atteindre les cibles ambitieuses de réduction de la

---

<sup>2</sup> Réseau d'information du Sommet des Amériques : Premier Sommet des Amériques, Miami, États-Unis (décembre 1994) [Page Internet]. Accessible à : <http://summitoftheAmericas.org/Miami%20Summit/Health.htm>. Accès le 23 juillet 2004.

<sup>3</sup> Réseau d'information du Sommet des Amériques. Deuxième Sommet des Amériques : Technologies de la santé. [Page Internet]. Accessible à : <http://www.summitoftheamericas.org/Health-Malnutritio/health.htm>. Accès le 23 juillet July 2004.

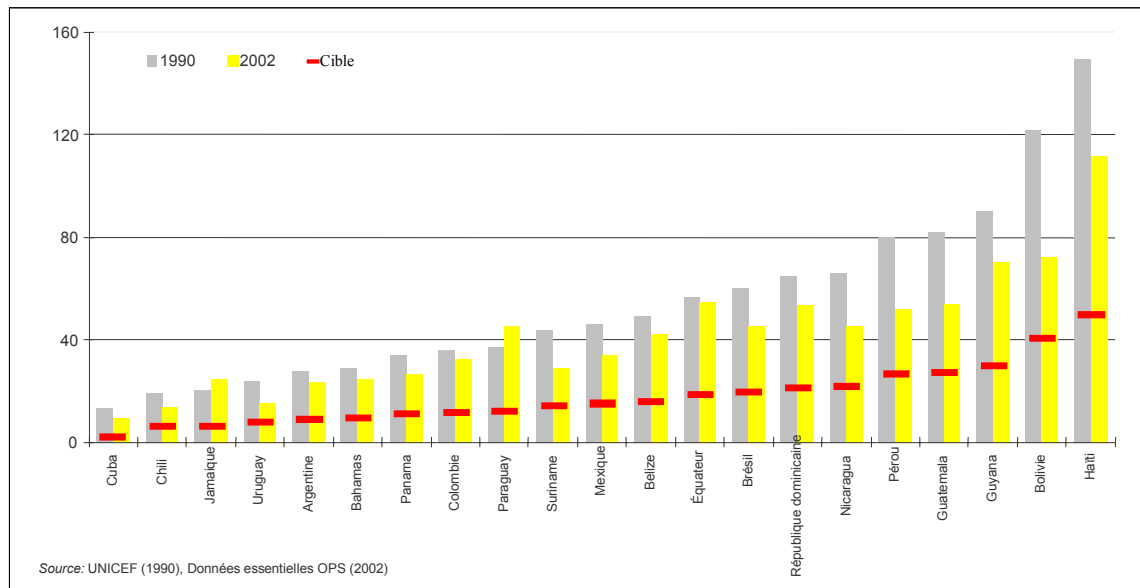
<sup>4</sup> Réseau d'information du Sommet des Amériques. Plan d'action. [Page Internet]. Accessible à : <http://www.summitoftheamericas.org/Documents%20for%20Quebec%20City%20Summit/planofaction-template-eng.htm#Health>. Accès le 23 juillet 2004.

<sup>5</sup> Réseau d'information du Sommet des Amériques. Sommet spécial des Amériques, Monterrey, Mexique. Déclaration de Nuevo León. Accessible à : <http://www.summit-americas.org/SpecialSummit/Declarations/Declaration%20of%20Nuevo%20Leon%20-%20final.pdf>. Accès le 23 juillet 2004.

mortalité infantile et maternelle bien que la situation varie énormément parmi les pays de la Région et différents groupes de population, ainsi que parmi les indicateurs des cibles. La définition de seuils critiques mesurables donne un nouveau sens d'urgence et une perspective qui va au-delà du point de vue sectoriel à travers lequel des questions comme l'éducation, la santé et l'environnement sont généralement abordés.

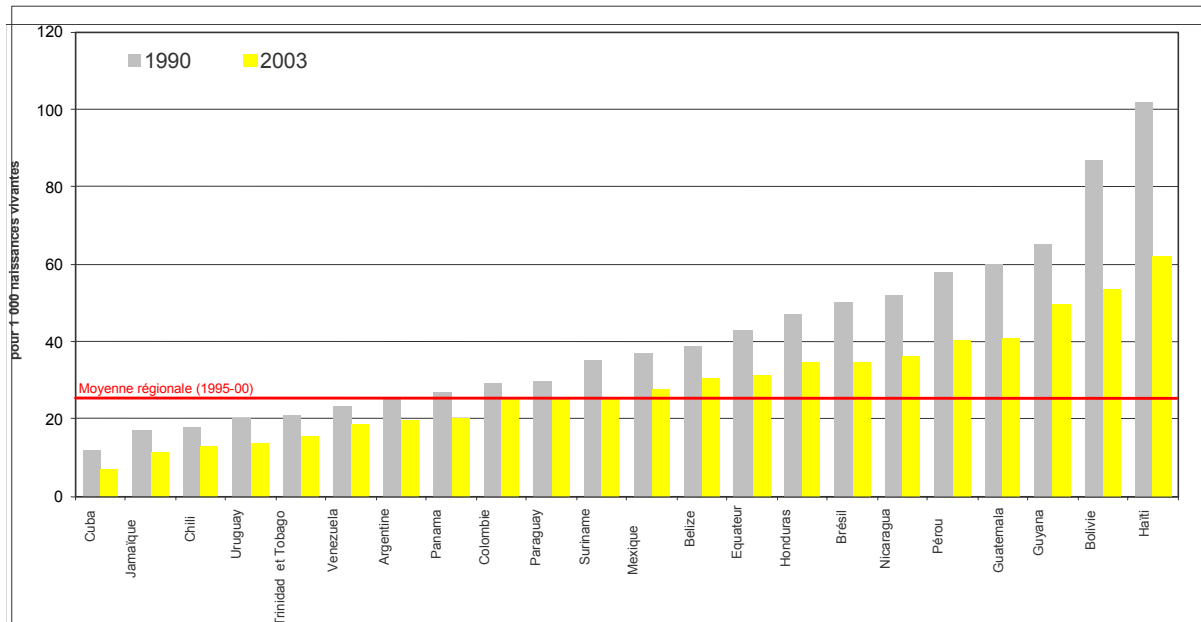
9. *Objectif 4 : Mortalité infantile.* Une étude de tendance indique que si l'évolution actuelle se poursuit, la réduction de la mortalité des nourrissons et des enfants de moins de cinq ans dans la Région atteindrait 54%, pourcentage bien inférieur aux deux tiers établis dans les objectifs.<sup>6</sup> Comme l'illustrent les Graphiques 1 et 2, la situation des deux indicateurs dans les Amériques ainsi que les progrès sur la voie de la cible entre 1990 et 2002 divergent. En 2003, la mortalité infantile a varié entre 5,3 pour 1 000 naissances vivantes au Canada et 80,3 pour 1 000 en Haïti. La situation de la couverture du vaccin de la rougeole, présentée au Graphique 3 pour l'an 2001, est également contrastée, avec une moyenne régionale de 91%.

**Graphique 1. Mortalité des enfants de moins de cinq ans dans certains pays de la Région des Amériques, 1990-2002, et Cible 2015 des ODM**



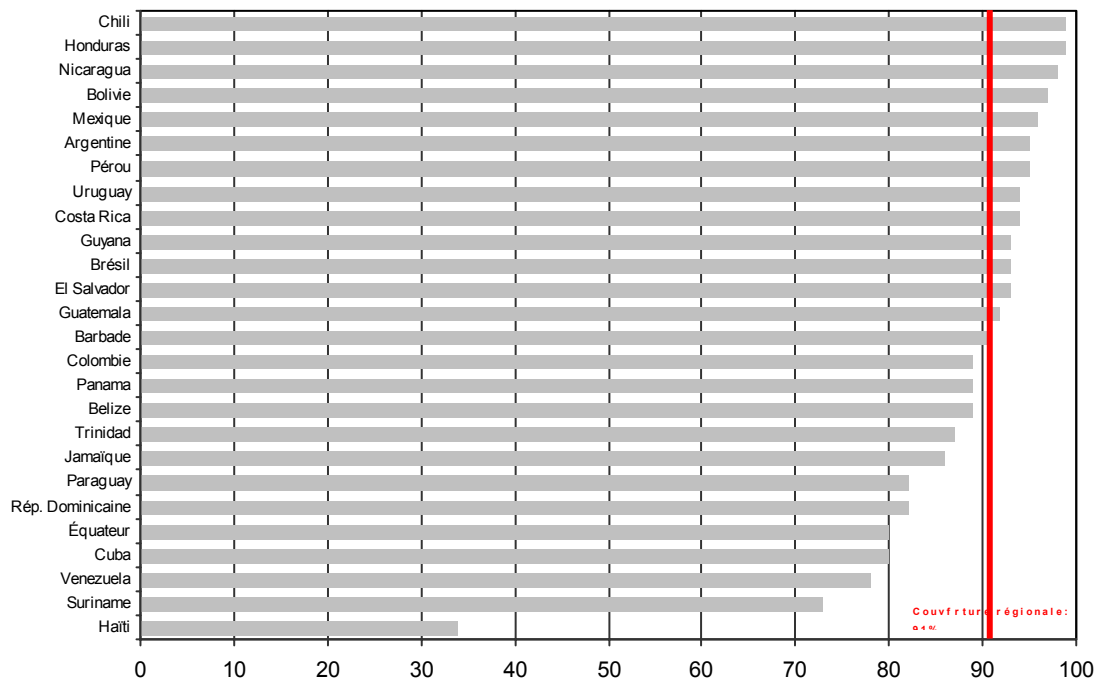
<sup>6</sup> Torres C, Mujica OJ. Health, Equity, and the Millennium Development Goals. *Pan American Journal of Public Health* 2004;15(6):430-439.

**Graphique 2. Taux de mortalité des nourrissons dans certains pays des Amériques 1990 et 2003**



Source : UNICEF (1990), Données de base de l'OPS, 2003

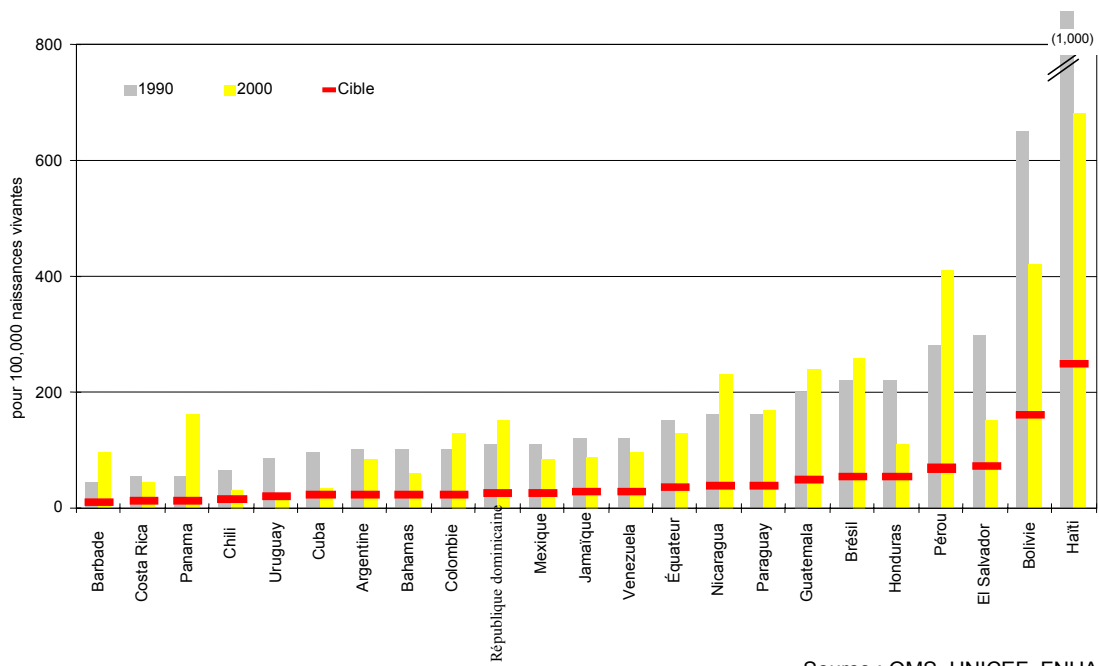
**Graphique 3. Couverture du vaccin de la rougeole dans certains pays des Amériques, 2001**



Source : Données de base de l'OPS, 2003

10. *Objectif 5 : Mortalité maternelle.* Les estimations du Graphique 4 indiquent que la situation de la mortalité maternelle est également extrêmement variée, comme l'est l'accès au personnel formé au moment de donner naissance (Graphique 5). En 2000, le taux de mortalité maternelle était estimé à 16 pour 100.000 naissances vivantes à Cuba et à 680 pour 100.000 naissances vivantes en Haïti. Au cours de la dernière décennie, certains pays ont connu une augmentation de la mortalité maternelle et d'autres une diminution considérable. En outre, les calculs de la BID indiquent que la réduction annuelle requise entre 2000 et 2015 pour atteindre l'objectif varie énormément, avec 1,6% en Uruguay et 15,1% au Panama.<sup>7</sup>

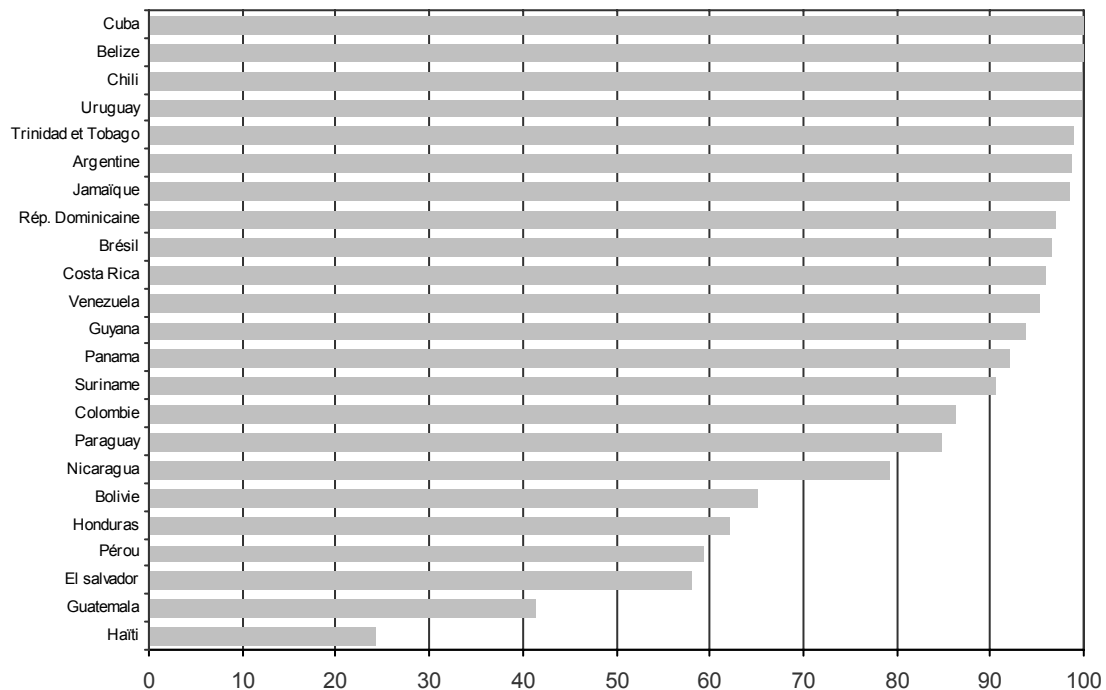
**Graphique 4. Mortalité maternelle dans certains pays des Amériques, 1990 - 2000, et Cible 2015 des ODM**



Source : OMS, UNICEF, FNUAP

<sup>7</sup> Banque interaméricaine de développement. *Los Objetivos del Milenio en América Latina y el Caribe: Retos, acciones y compromisos.* Washington, DC : BID; 2004.

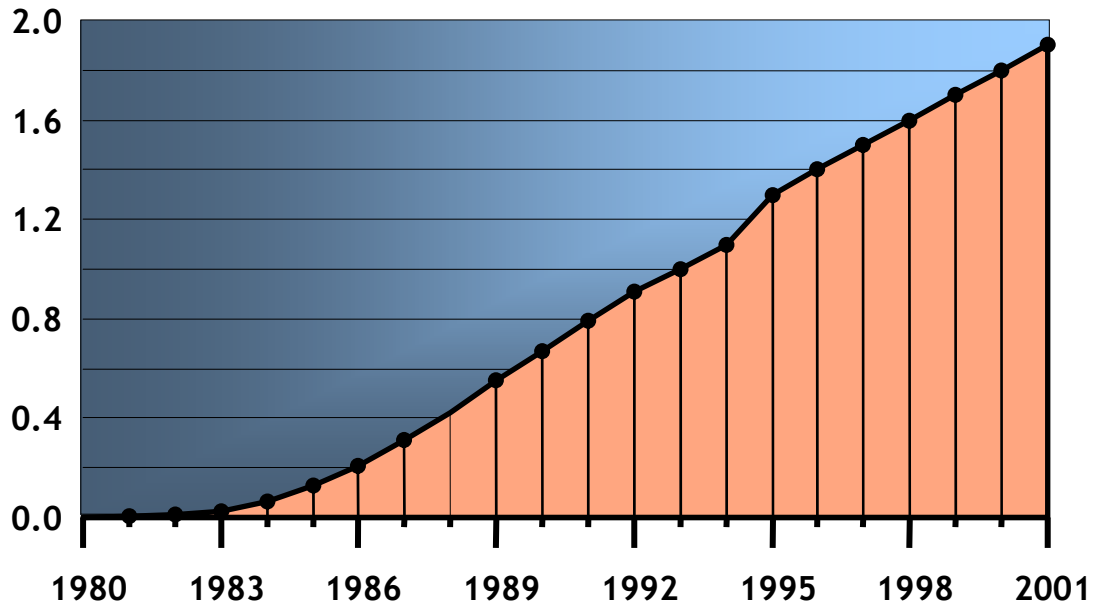
**Graphique 5. Pourcentage de naissances assistées par un personnel formé dans certains pays des Amériques, aux environs de 2000**



Source : Données de base, OPS, 2003

11. *Objectif 6 : VIH/SIDA.* L'épidémie de VIH/SIDA est bien établie dans les Amériques, avec une prévalence nationale du VIH d'au moins 1% dans 12 pays, tous dans les Caraïbes, et avec une prévalence du VIH parmi les femmes enceintes dépassant 2% dans six pays. Dans la plupart des autres pays de la Région, l'épidémie est plus concentrée dans certaines zones ou groupes de population. La décélération requise pour stopper et inverser l'épidémie d'ici 2015 et atteindre l'objectif n'est en tout cas pas observée à présent dans la Région (Graphique 6).

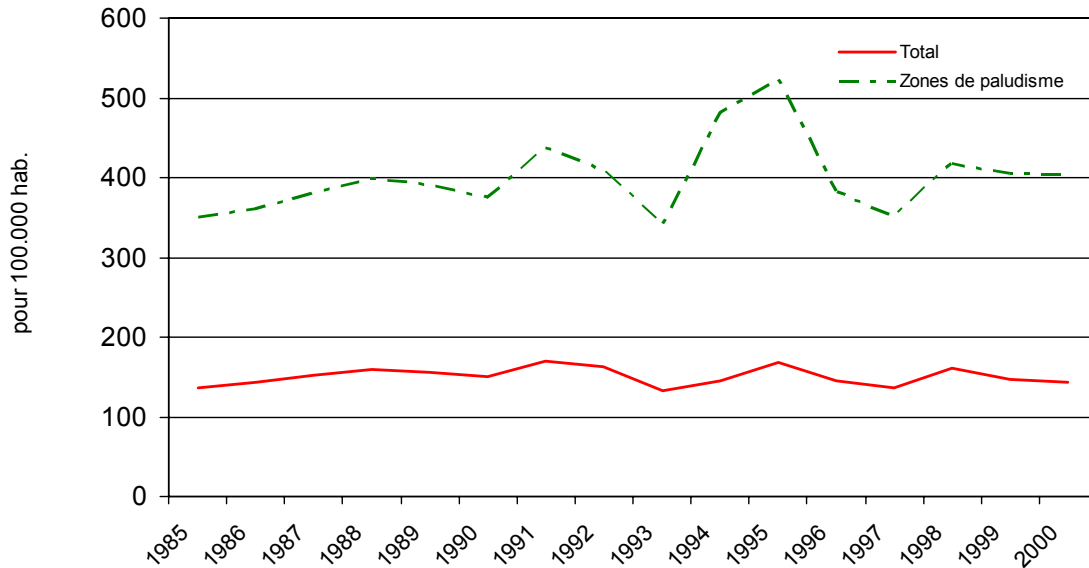
**Graphique 6. Nombre de personnes vivant avec le VIH/SIDA en Amérique latine et dans les Caraïbes, 1980-2001 (millions)**



Source : ONUSIDA

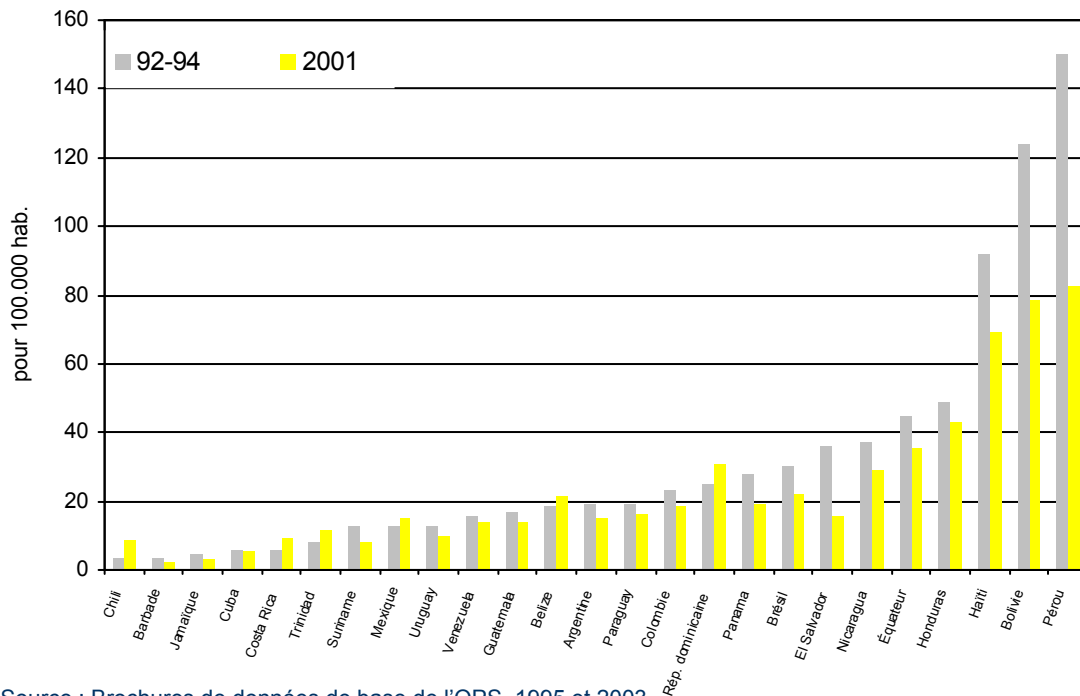
12. *Objectif 6 : Paludisme et tuberculose.* L'incidence du paludisme varie énormément dans les pays de la Région, mais selon les estimations, en 2002, 31% de la population des Amériques vivaient dans des zones à risque potentiel de transmission de la maladie. Plus de 80% des cas actuellement notifiés proviennent des neuf pays qui partagent la forêt tropicale amazonienne en Amérique du Sud. Au vu des importantes variations de l'incidence sur la dernière décennie, il est difficile de dire si l'objectif d'inverser l'épidémie est en train de se concrétiser (Graphique 7). En 2002, il y a eu 223 057 cas de tuberculose dans les Amériques, dont 50% au Brésil et au Pérou. Les taux d'incidence pour certains pays de la Région sont présentés au Graphique 8. Le nombre total de cas dans la Région accuse une baisse légère depuis 1999. Dans le cadre de la stratégie de lutte contre la tuberculose de l'OMS, les efforts dans les pays des Amériques se sont concentrés sur l'exécution et l'expansion de la stratégie d'observation directe du traitement écourté (DOTS) qui contribuera à atteindre la cible des ODM concernant la tuberculose. Il y a là par conséquent un rôle et des possibilités considérables d'actions conjointes par les États Membres et l'OPS — avec l'appui d'autres partenaires au niveau des pays.

**Graphique 7. Taux annuel de l'incidence du paludisme dans la Région des Amériques, 1985-2000**



Source : OPS. Santé dans les Amériques, 2002

**Graphique 8. Incidence de la tuberculose BK+ dans certains pays des Amériques, 1992-1994 et 2001**



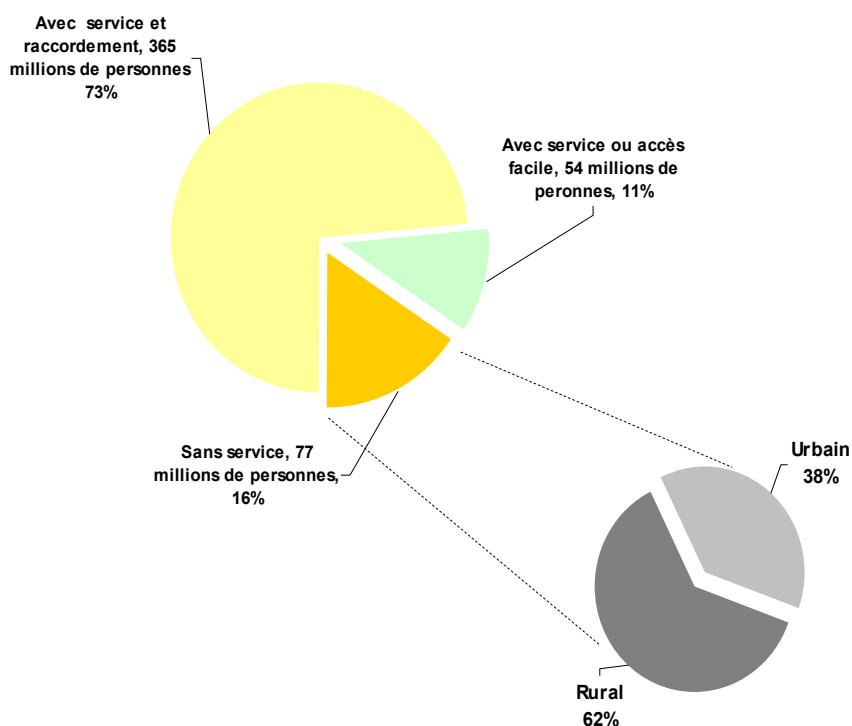
Source : Brochures de données de base de l'OPS, 1995 et 2003

13. *Objectif 7 : Eau et assainissement.* L'évaluation régionale réalisée par l'OPS en l'an 2000 dans les Amériques a indiqué que la couverture de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement en Amérique latine et dans les Caraïbes était de 84,59% et de 79,21%, respectivement, aux environs de l'an 2000. Cette situation est préoccupante lorsque l'on considère les chiffres absolus, parce que dans la Région, 77 millions de personnes n'ont pas accès à l'approvisionnement en eau (Graphique 9) et 103 millions ne disposent pas de système d'assainissement pour l'élimination des eaux usées et des excréments. La situation pourrait être critique en termes de vulnérabilité, parce qu'environ 54 000 des personnes considérées couvertes reçoivent l'eau par le biais de systèmes « d'accès facile » et 152 millions de personnes sont desservies par des systèmes d'assainissement in situ, tels que latrines et fosses septiques, entre autres. Ces alternatives technologiques ne garantissent pas une fourniture d'un service de qualité, incluant l'accès à l'eau salubre. En 1995, 23 pays seulement notifiaient que les systèmes d'approvisionnement en eau dans les zones urbaines respectaient les directives de sécurité de l'OMS. Cette situation ne s'applique pas aux zones rurales. En fait, il y a dans la Région des inégalités sévères en matière d'accès à l'eau, généralement liées aux revenus et au lieu de résidence.<sup>8</sup>

---

<sup>8</sup> Organisation panaméricaine de la Santé. Division de la santé et de l'environnement. Informe Regional sobre la Evaluación 2000 en la Región de las Américas. Agua y Saneamiento, estado actual. Washington, DC; 2001.

**Graphique 9. Couverture de l'eau potable en Amérique latine et dans les Caraïbes, 1998**



14. *Objectif 8 : Médicaments essentiels.* Dans les Amériques, cinq pays seulement (Brésil, Chili, Honduras, Nicaragua et Panama) ont des politiques portant spécifiquement sur les produits pharmaceutiques. Vingt-et-un pays ont des listes de médicaments de base et ont introduit le concept des médicaments essentiels. Toutefois, l'accès aux médicaments continue à être limité comme c'est le cas, par exemple de 31% de la population au Brésil.<sup>9</sup>

15. Alors qu'il est important pour le secteur de la santé et pour une agence technique telle que l'OPS d'avoir une focalisation claire sur la réalisation des ODM de la santé comme décrit ci-dessus, ceci n'est évidemment pas possible sans tenir également compte des facteurs macroéconomiques et d'autres déterminants clés. Étant donné l'interface très forte et dynamique entre la pauvreté et la santé, un défi majeur de la réalisation des ODM

<sup>9</sup> Organisation panaméricaine de la Santé. *Health in the Americas, 2002 Edition.* Washington, DC: PAHO; 2002. (Publication scientifique et technique No. 587).

repose sur les progrès relatifs à l'objectif 1 — diminuer la pauvreté et la faim de moitié d'ici 2015 — car la réalisation de tous les autres objectifs dépend de la réduction de la pauvreté et de la croissance économique. Pour les Amériques, l'accent mis sur la réduction des inégalités, en particulier des inégalités en santé, revêt une importance particulière et sera un pilier de l'approche de l'OPS pour appuyer les États Membres dans leur réalisation des ODM.

16. La Région des Amériques est déjà l'une des plus inégales au monde. Certains des coefficients de Gini pour l'inégalité du revenu en 1999 étaient de 0,5 au Pérou, de 0,6 en Bolivie, de 0,59 au Nicaragua, et de 0,64 au Brésil<sup>10</sup>. Le coefficient de Gini régional pour la mortalité infantile était de 0,33<sup>11</sup> en 1997; un rapport récent de la Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes/Programme des Nations Unies pour le développement (CEPALC/PNUD) indique que le nombre de gens pauvres dans la Région est en augmentation.<sup>12</sup> Des modèles de simulation sur 18 pays d'Amérique latine et des Caraïbes indiquent que si l'évolution actuelle se poursuit, sept seulement des 18 pays atteindraient les objectifs de réduction de la pauvreté en 2015. Ces pays sont les suivants : l'Argentine (avant les crises), le Chili, la Colombie, le Honduras, le Panama, la République dominicaine et l'Uruguay. Un deuxième groupe de six pays continuerait à réduire l'incidence de l'extrême pauvreté mais à un rythme très lent. Ces pays sont : le Brésil, le Costa Rica, El Salvador, le Guatemala, le Mexique, et le Nicaragua. Les autres cinq pays — la Bolivie, l'Équateur, le Paraguay, le Pérou, et le Venezuela — verraient une augmentation des niveaux d'extrême pauvreté et n'atteindront jamais les cibles à moins que leurs taux de pauvreté ne connaissent un changement majeur de trajectoire.<sup>13</sup>

17. La mauvaise santé constitue une dimension de la pauvreté, et au-delà de cet aspect, l'élimination des écarts entre les pays et dans les pays entre les pauvres et les riches est également une question de justice sociale et d'équité. D'autre part, le fait que la mauvaise santé et ses facteurs apparentés génèrent la pauvreté constitue une autre dimension du débat de l'équité et la santé qui est liée à la pauvreté.<sup>14</sup> À cet égard, la prise en main du fardeau de la maladie des populations pauvres et vulnérables dans les Amériques, incluant les conditions liées ou non aux ODM, apportera une contribution importante à la réduction de la pauvreté.

---

<sup>10</sup> Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes, Institut de recherche économique appliquée, Programme des Nations Unies pour le développement. *Meeting the Millennium Poverty Reduction Targets in Latin America and the Caribbean*. 2002. (Livres du CEPAL No. 70).

<sup>11</sup> Organisation panaméricaine de la Santé. *Health in the Americas: 2002 Edition*. Washington, DC : OPS; 2002. (publication scientifique et technique No. 587).

<sup>12</sup> Ibidem, note en bas de page 10.

<sup>13</sup> Ibidem, note en bas de page 10.

<sup>14</sup> Commission on Macroeconomics and Health. Working paper WG1.5: Poverty and Health. March 2001.

18. Enfin, Les progrès futurs reposent sur une approche panaméricaine des ODM qui tient compte du sentiment exprimé dans la Déclaration du Millénaire d'une responsabilité partagée en matière de santé et de développement social entre pays. Le *Rapport sur le développement dans le monde 2003* du PNUD fait référence à cette responsabilité partagée entre protagonistes majeurs en l'appelant Pacte de développement pour le millénaire. Les gouvernements, la société civile, le secteur privé et les organisations internationales doivent développer de nouveaux types de partenariats pour assurer le progrès. Les pays des Amériques ont la possibilité d'être les chefs de file de ces développements.

### **Contexte de politique des ODM et implications pour l'approche de l'OPS**

19. Les pays ne seront en mesure de s'acquitter de leur engagement et de réaliser les objectifs des ODM que si des efforts collectifs aux niveaux nationaux et au niveau international sont intensifiés. Cette situation s'explique en partie par le manque de bonne gouvernance au niveau des pays ou par l'insuffisance de l'aide au développement. Le monde continue à être aux prises avec l'impact différentiel de la restructuration économique face à la mondialisation rapide. Par exemple, plus de 50 pays dans le monde entier sont devenus plus pauvres au cours de la dernière décennie, et un nombre de pays de la Région des Amériques se heurtent à un déclin économique ou une croissance réduite considérables. Un développement fortement inégal et des disparités croissantes sur une échelle mondiale ont été l'un des leitmotifs de la dernière décennie. Cela a été le cas pour la Région des Amériques au cours de la période 1999-2002, où le taux moyen de pauvreté a diminué, mais où il existe une plus grande hétérogénéité dans les projections de la pauvreté. Si quelques pays ont vu une augmentation du revenu par habitant, la majorité a vu des diminutions importantes de cet indicateur au cours de la période.<sup>15</sup>

20. La réalisation des ODM liés à la santé et autres objectifs et cibles sanitaires, nécessitera que les pays procèdent à un examen de l'impact d'un grand nombre de leurs cadres macro-économiques sur le développement de la santé nationale, par exemple, comment réconcilier les flux externes et internes, comment réorienter la spécificité des plans nationaux d'investissement, comment réconcilier les dimensions sociales du développement avec les divers plans pour étendre les échanges commerciaux et le libre flux des personnes, des biens et des services. Enfin, de nombreux pays devront reconsidérer leur approche de la fiscalité afin de régler le problème des inégalités et de la redistribution.

21. Une autre préoccupation pour de nombreux pays dans les Amériques se rapporte aux domaines clés de la Déclaration du Millénaire portant sur les responsabilités partagées mentionnées dans l'objectif 8, en particulier l'accès aux marchés mondiaux et

---

<sup>15</sup> Ibidem, note en bas de page 7

aux nouvelles technologies. Une référence spéciale est faite dans la Déclaration sur les besoins particuliers des pays enclavés et des petites îles en développement. Avec leur focalisation sur l'équité, les ODM sont importants pour tous les pays des Amériques, et non simplement les plus pauvres. Du fait que la Région des Amériques se définit par certaines des inégalités sociales les plus élevées au monde, il est essentiel que ses pays à revenu intermédiaire remédient aux inégalités et aux déséquilibres dans le développement dans un cadre de droits de l'homme et avec une perspective d'égalité des sexes, étant donné que ces derniers trouvent souvent leur expression la plus absolue dans les inégalités en santé. Exemple, le taux de mortalité infantile au Brésil fait état d'un déséquilibre significatif lorsqu'il est analysé par race : à Bahia, état où prédomine la population de descendance africaine, le taux de mortalité est de 51 pour 1 000 naissances vivantes, le double de celui des états ayant une majorité de population de race blanche, comme São Paulo ou Rio Grande do Sul (24.63).

22. Au cours de la dernière décennie, les pays de la Région ont été exposés à des risques sociaux et économiques accrus dans le contexte de la restructuration mondiale, de l'instabilité politique et des troubles civils dans un nombre de pays. Par conséquent, le rôle de l'OPS signifiera non seulement l'appui à l'exécution d'interventions liées à la santé et le suivi des progrès accomplis en ce qui concerne les objectifs et cibles respectifs de la santé, mais aussi une analyse systématique des déterminants contextuels et politiques plus vastes — accords commerciaux, politiques économiques, politiques d'immigration, etc. — et leur impact sur la santé. Le travail de l'OPS sur la fonction centrale de l'établissement de systèmes élargis de protection sociale dans la Région revêt donc une importance nouvelle. De même, la coopération entre l'OPS, la Banque mondiale et la BID à travers l'Agenda commun et le développement d'alliances et de partenariats stratégiques, acquiert elle aussi une importance accrue.

23. Le Pacte de développement pour le millénaire tel que le propose le PNUD applique un nouveau principe : plutôt que de permettre au niveau présent des ressources de décider du rythme du développement, les gouvernements des pays riches et pauvres, ainsi que les institutions internationales, devraient commencer par se demander quelles sont les ressources qui sont requises pour réaliser les ODM. La plupart des estimations font état d'un chiffre d'au moins US\$ 50 milliards par an au niveau mondial en aide supplémentaire ou un doublement des niveaux actuels de l'aide. De plus en plus, ces analyses sont effectuées au niveau des pays afin d'évaluer leur capacité d'absorption et le potentiel d'intensification des interventions. Plusieurs activités pilotes sur le coût de l'effort des ODM sont en cours dans le monde, menées par le Projet du Millénaire des NU; et l'une d'entre elles est prévue dans un des pays de la Région des Amériques, la République dominicaine.

24. Au vu du programme inachevé de la santé dans de nombreux pays, les préoccupations sont nombreuses concernant le retrait de l'assistance de l'Overseas development assistance (ODA) de la Région des Amériques. Une analyse récente du Comité de développement du Fonds monétaire international et de la Banque mondiale<sup>16</sup> indique clairement que même de modestes augmentations de l'ODA pourraient jouer un rôle significatif en aidant les pays à revenu moyen, tranche inférieure, à progresser plus rapidement sur la voie de la réalisation des ODM. Il faut procéder à un examen plus attentif de l'investissement insuffisant en santé de certains pays en pourcentage du PIB et du rôle de l'ODA à l'appui de solutions de développement durable. Le travail de l'OPS dans son appui aux pays pour améliorer et intensifier leurs systèmes de santé aidera à rationaliser les méthodes d'allocation des ressources destinées à la santé, tant dans l'investissement national que dans l'assistance de l'ODA.

25. Pour les pays à revenu intermédiaire, tranche supérieure, cette analyse soutient que même si la grande partie des fonds pour réaliser les ODM doit provenir des ressources intérieures, l'ODA devrait venir en complément et appuyer les politiques nationales clairement exprimées qui se rapportent à l'exclusion sociale et qui sont axées sur des régions, des problèmes ou des groupes de population particuliers. Ceci met en évidence, spécialement pour les grands pays, le besoin pour l'ODA d'appuyer l'action au niveau sous-national.

26. L'aide supplémentaire a l'impact le plus bénéfique si elle est destinée à des domaines prioritaires clairement établis au niveau des pays — mettant en relief le besoin de saines politiques nationales de la santé et de mécanismes de gouvernance améliorés, incluant les objectifs et les cibles sanitaires nationaux. Ce qui signifie que l'aide au développement devra passer de plus en plus du financement de projets à la prise en charge des coûts d'appui aux programmes qui aident à établir des politiques et une gouvernance stables ainsi qu'à renforcer la capacité et qui soutiennent les efforts nationaux accomplis pour remédier à la pauvreté et aux inégalités dans un cadre de politique élargi. Le processus de réalisation des ODM par conséquent aide également les pays à combler une série d'insuffisances importantes qui font partie du développement de la politique sanitaire :

- L'insuffisance opérationnelle au niveau de l'intensification de systèmes et de réponses de santé publique efficaces et durables;
- L'insuffisance structurelle dans l'expansion de la protection sociale en santé;

---

<sup>16</sup> Fonds monétaire international et Banque mondiale. *Achieving the MDGs and Related Outcomes: A Framework for Monitoring Policies and Actions*, 26 mars 2003. (No. DC2003-0003).

- L'insuffisance de la gouvernance qui n'implique pas les larges segments du gouvernement et de la société dans un effort véritablement intersectoriel et participatif;
- L'insuffisance au niveau de l'équité en ce qui concerne la satisfaction des besoins de santé des plus pauvres.

### **Comment progresse l'OPS ?**

27. L'OPS est actuellement engagée dans un effort considérable pour intégrer les ODM dans son programme de travail au niveau des pays et au niveau de la Région afin de renforcer l'appui aux pays dans leur réalisation. Il est évident que l'orientation des ODM sur l'équité dans les politiques et les stratégies a des implications pour le travail de l'OPS au niveau des pays.

28. Huit objectifs stratégiques globaux ont été arrêtés :

- Plaidoyer : Accroître la sensibilisation aux priorités de la santé établies par les ODM à l'aide d'une vaste série de dialogues de politique, de partenariats et d'action intersectorielle dans l'ensemble de la Région des Amériques.
- Politique : Intensifier l'action sur le développement de la santé nationale, aborder les questions du sous-financement de la santé dans les pays prioritaires et assurer la protection sociale en santé pour soutenir les progrès des ODM et intégrer le travail sur les ODM dans les initiatives de politique de la santé concernant les objectifs et cibles sanitaires et les politiques de la santé axées sur les résultats dans les Amériques.
- Coopération technique : Appui aux pays dans l'exécution de leurs stratégies nationales s'appliquant aux ODM qui portent sur la santé.
- Intégration : Intégrer le travail sur les ODM aux autres efforts stratégiques dans le développement de la santé dans la Région des Amériques, tels que la formulation de cibles de la santé nationale et des initiatives régionales en santé. Des exemples en sont la stratégie nationale pour la mortalité maternelle et la réduction de la morbidité ou l'Agenda commun de la BID, la Banque mondiale et l'OPS, entre autres.
- Partenariats : Au niveau national, s'engager dans la coopération et l'accroître avec divers protagonistes outre le secteur de la santé, en particulier les législateurs, les ministres des finances, les coordinateurs de la planification et du développement, la politique sociale et d'autres identifiés comme des institutions et des acteurs clés, pour l'exécution et l'accomplissement des ODM au niveau des

- pays. Au niveau international, renforcer la coopération inter-agences dans le travail relatif aux ODM à l'appui des États Membres.
- Autonomisation : Accroître l'alphabétisation en santé et l'autonomisation des communautés au moyen d'une forte implication de la société civile à tous les niveaux pour atteindre les ODM—avec un effort particulier sur l'inclusion des groupes ethniques, des populations autochtones et des femmes.
  - Suivi : Améliorer la mesure et le suivi des progrès à l'aide de données sanitaires désagrégées de haute qualité aux niveaux régional, sous-régional et des pays.
  - Recherche : Initier la recherche pour renforcer la base des faits observés et générer de nouvelles connaissances, étudier les synergies relatives à la santé et au développement parmi les objectifs et développer des études de politique qui suivent le processus politique pour assurer l'engagement aux ODM liés à la santé ainsi que l'impact sur la santé des cibles décrites dans l'objectif 8.

29. Tous les niveaux de l'OPS—bureaux de pays, centres et Siège—travaillent ensemble de manière nouvelle et en étroite coopération avec les gouvernements des pays pour répondre à l'urgence dictée par le processus des ODM. Un facteur clé signifie de contribuer à la réponse nationale et aux associations et alliances stratégiques requises dans les pays, pour lesquelles les bureaux de pays assureront un appui au niveau national. Au niveau des pays, l'OPS a un rôle double : celui d'articuler le processus des ODM autour de la santé avec les efforts de l'ensemble du système des NU, ainsi que celui de soutenir les États Membres pour faire progresser les politiques de santé nationale sur la voie de la réalisation des ODM.

30. Le processus et le produit du suivi des ODM doivent appartenir aux pays et être orientés par ces mêmes pays. Ils comportent la définition de la façon dont les ODM s'appliquent à la situation des pays et la façon dont ces derniers doivent concevoir leur réalisation à l'aide de stratégies, de politiques et de programmes nationaux de développement. Dans de nombreux pays, le suivi des ODM liés à la santé requiert le développement de systèmes soutenus de statistiques et de compétences pour analyser et utiliser les données en vue de l'élaboration et de la programmation des politiques. Ceci est assuré par l'OPS dans de nombreux pays par le truchement de l'Initiative des données essentielles de la santé et d'autres activités de coopération technique à l'appui du développement de systèmes d'information nationaux de la santé. Des cadres nationaux de planification et de politique définis par les Nations Unies et les institutions de Bretton Woods—tels que les Évaluations communes par pays (ECP), le Cadre d'assistance au développement des Nations Unies (CADNU), impliquant tous deux l'ensemble du système des NU et les Documents de stratégie de réduction de la pauvreté (DSRP) de la Banque mondiale—tout en ayant des intentions, un calendrier et des contenus différents,

peuvent également aider à la réalisation et au suivi des objectifs de la Déclaration du Millénaire.

31. Dans son programme de travail approuvé, l'OPS considère les ODM comme un point d'entrée supplémentaire pour renforcer l'investissement dans la santé et inscrire cette dernière en tête de la liste du programme politique des pays; des organes sous-régionaux tels que le Traité de coopération amazonien (TCA), la Communauté andine (CAN), la Communauté des Caraïbes (CARICOM), le Système d'intégration d'Amérique centrale (SICA), le Marché commun du Sud (MERCOSUR); et des organisations régionales. Par exemple, les ODM ont été le thème de discussion à la dernière Réunion spéciale du secteur de la santé d'Amérique centrale et de la République dominicaine (RESSCAD) qui s'est tenue dans la République dominicaine au mois de Juillet 2004. Un effort accru est requis dans la Région pour travailler avec les nombreuses organisations et parties prenantes afin de susciter l'engagement politique et financier nécessaire au niveau des pays.

32. La coopération avec les initiatives de l'OMS sur les ODM est en train d'être renforcée. Au cours de la dernière réunion du Forum de haut niveau sur les ODM liés à la santé en janvier 2004 qui s'est tenue à l'OMS à Genève, plusieurs organisations ont discuté des points essentiels, tels que les ressources et l'assistance pour les ODM, les ressources humaines pour la santé et le suivi. Ces efforts seront aussi étroitement liée au processus de développement du 11<sup>e</sup> Programme général de travail de l'OMS, qui — précisément à cause de l'engagement de l'OMS aux ODM — aura une échéance plus longue, à savoir 2015 comme objectif. En novembre 2005, une réunion inter-régionale de l'OMS sur les ODM se tiendra au Costa Rica, avec la participation de toutes les Régions de l'OMS, afin de développer une stratégie et une vision communes des ODM et d'apprendre de l'expérience des Amériques en la matière.

### **Les ODM s'inscrivant dans le renouveau et les priorités stratégiques de l'OPS**

33. L'approche de l'OPS considère les huit ODM et les 18 cibles du point de vue de la de santé et les classe de la façon suivante : les cibles 1 à 4 concernent les déterminants sociaux classiques de la santé, tels que la pauvreté, la faim et la malnutrition, la discrimination du genre et l'éducation. Les cibles 9 à 11 concernent les déterminants environnementaux de la santé, tels que l'eau salubre et l'assainissement, la pollution et la pauvreté urbaine. Les cibles 12 à 18 concernent les nouveaux déterminants mondiaux de la santé allant des échanges commerciaux à l'allègement de la dette. Alors que ce groupe de cibles n'est pas aussi logiquement cohérent que les autres, il met le doigt sur les domaines problématiques majeurs du développement mondial. Il y a évidemment une série de moyens de définir les cibles sanitaires qui dans la majorité des cas incluent les cibles 5 à 8, mais qui peuvent également inclure les cibles sur la faim et la nutrition, les médicaments essentiels et l'eau salubre.

34. Quelle que soit l'approche détaillée, cette façon de voir nous permet de nous rendre compte de la synergie entre les cibles hors santé et les cibles spécifiques à la santé et de considérer les cibles sanitaires des ODM comme une contribution à la réduction de la pauvreté et à la qualité de la vie.

35. Des exemples réussis de la façon de relever les défis sanitaires établis par les ODM existent dans toute la Région, tels que la semaine annuelle de vaccination dans tous les pays des Amériques, mais l'intensification nécessaire de cette activité ne peut se faire qu'au moyen d'une aide supplémentaire. Un document de travail récent de l'OMS soutient que même avec des taux plus élevés de croissance économique et de progrès plus rapides sur les ODM « hors santé » qui ont un impact sur les résultats de la santé, tels que l'éducation de base, l'égalité des sexes, et l'eau et l'assainissement, pour de nombreux pays il ne sera possible de réaliser les ODM concernant la santé et la malnutrition que si des mesures extraordinaires sont prises pour améliorer la couverture et la qualité des services de santé et de nutrition.

#### ***Accent mis sur l'équité : pays et populations prioritaires***

36. L'OPS a défini un groupe de pays prioritaires sur lesquels concentrer les efforts de la coopération technique au cours des prochaines années. Ce sont la Bolivie, le Honduras, le Nicaragua, et le Guyana — tous ces pays faisant l'objet d'un DSRP de la Banque mondiale — et Haïti. De ces pays, une analyse récente de la CEPALC indique que la Bolivie verra probablement des augmentations des inégalités et que le Nicaragua fera des progrès dans la réduction de la pauvreté plus lents qu'on ne le souhaite. Une combinaison de l'OPS, des DSRP et de l'analyse socioéconomique de la CEPALC mène à l'ensemble suivant des pays qui auront besoin d'une aide urgente pour le processus des ODM : Bolivie, Équateur, Guatemala, Guyana, Haïti, Honduras, Nicaragua, Paraguay, Pérou et Venezuela.

37. Mais l'accent mis sur un pays ne suffit pas à lui seul, car un grand nombre des inégalités en santé que connaît la Région des Amériques se fondent sur la géographie, l'origine ethnique, le sexe et le statut socio-économique. Il est crucial de venir à bout des poches essentielles de pauvreté dans une région qui connaît le niveau d'inégalité le plus élevé au monde et où, dans de nombreux cas, il s'agit de zones frontalières ou d'endroits géographiquement éloignés. L'inégalité du développement dans les Amériques nécessitera que le processus des ODM développe des stratégies focalisées sur des groupes spécifiques qui tiennent compte à la fois de ce que l'on appelle la « nouvelle pauvreté », par exemple des ménages ayant une femme à leur tête, et des groupes qui ont été historiquement exclus.

38. Ces énormes disparités ne seront pas résolues par la seule croissance économique agrégée, mais elles requièrent des interventions systématiques pour créer davantage d'équité, par exemple au niveau de l'accès à la santé pour les groupes à haut risque et les zones à haut risque. Les observations indiquent d'une façon constante que même de très petites réductions dans l'inégalité peuvent avoir des impacts très importants sur la réduction de la pauvreté. Ce critère impose par exemple de lier la stratégie de l'OPS pour les ODM aux pauvres du milieu rural dans des régions négligées, aux groupes marginaux du milieu urbain (tels que les jeunes sans emploi), ou aux ménages ayant à leur tête une femme. On peut citer en exemple la Côte pacifique de Colombie, la Côte atlantique du Honduras, ou le Nord-Est brésilien. Le fait que ces zones déprimées sont souvent aussi des zones frontalières signifie que toute stratégie devra s'appuyer sur la coordination bilatérale et même sur des stratégies sous-régionales faisant intervenir un groupe de pays.

#### *Assurer une approche intégrée des ODM*

39. La réalisation des ODM implique une réorientation importante des priorités des politiques et des flux de ressources dans les pays. Cette perspective souligne le besoin clair de lier le travail sur les ODM au travail de l'OPS sur les systèmes de santé, les fonctions essentielles de la santé publique, les services de santé, le développement des ressources humaines et des programmes spécifiques aux maladies et spécifiques aux populations. L'OPS se concentrera en particulier sur l'appui aux pays pour développer une approche intégrée des ODM, en tirant parti de son travail non seulement dans les domaines respectifs du programme, tels que la santé de la mère et de l'enfant ou les maladies infectieuses, mais elle intégrera ce travail à ses efforts en matière de développement de systèmes de santé et de protection sociale. L'attention sera portée sur la synergie requise entre les différentes dimensions de la santé qui font l'objet des objectifs et les différents niveaux de responsabilité sectorielle. Plusieurs groupes de travail ont déjà été établis pour permettre cette interface, notamment les liens aux stratégies « 3 millions d'ici 2005 » et SSP.

40. Le groupe de travail sur les soins de santé primaires de l'OPS a défini les ODM comme un point principal à inclure dans sa discussion et considère les ODM comme une opportunité politique majeure pour le renouvellement de l'approche Santé pour tous et SSP dans la Région. Dans le même temps, les SSP sont considérés comme une stratégie fondamentale pour la réalisation des ODM. Ils offrent une bonne plate-forme pour l'intensification des systèmes de santé, les efforts sur les problèmes d'équité, l'intégration d'approches verticales à la prestation au point de service, et le renforcement de la collaboration intersectorielle et de la participation sociale en santé.

41. Le travail de l'OPS sur la protection sociale est également essentiel pour les ODM. En fait, malgré les réformes du secteur de la santé dans la Région mises en place au cours des 20 dernières années, un pourcentage important de la population des Amériques est encore exclu des mécanismes de protection sociale contre les risques des maladies et leurs conséquences, et l'exclusion sociale ne semble pas être une priorité claire dans les agendas politiques.<sup>17</sup>

42. Le travail technique de l'OPS examinera également plus en détail les questions liées à l'efficacité dans les secteurs sanitaire et social. Dans les années 1990, une majorité de pays d'Amérique latine ont augmenté les pourcentages du PIB consacrés aux dépenses sociales, mais cette augmentation n'a pas donné les résultats escomptés. Ceci signifie que l'OPS devra appuyer les pays non seulement à accroître les dépenses dans le secteur de la santé et/ou dans des programmes spécifiques, mais aussi à évaluer la combinaison d'affectations qui assure les interventions les plus efficaces par rapport au coût et la plus grande réduction des inégalités. D'importance de premier plan est la question des ressources humaines en santé, qui constitue depuis longtemps un sujet de préoccupation pour le bureau de l'OPS et pour laquelle le Forum de haut niveau sur les ODM de la santé a maintenant établi un groupe de travail pour étudier la question plus en profondeur au niveau global. En sa fonction de centre d'échange d'information en santé par le biais de l'Initiative des données essentielles en santé, l'OPS sera en mesure de fournir un grand nombre des données requises dans le suivi et les activités analytiques des ODM.

43. Le processus des ODM aura besoin d'une analyse de l'information épidémiologique et socio-économique fiable. Cette analyse demeure entravée par les sources variées d'information statistique, le manque d'harmonisation et le manque de désagrégation des données. Exemple, dans son *Rapport sur le développement humain 2003*, le PNUD assume que le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans en Amérique latine et aux Caraïbes a été réduit de 56 décès pour 1 000 naissances vivantes en 1990, à 35 pour 1 000 en 2001, et que la tendance actuelle permettra à la Région de dépasser l'objectif de 2015. L'OPS, utilisant les données de la Division de la Population des Nations Unies, arrive à une conclusion différente et moins optimiste, estimant que la réduction au cours de la période 1990-2001 n'a été que de 54,5 à 41,4 décès pour 1 000 naissances vivantes, ce qui a évidemment des implications de politique importantes.

44. L'OPS tiendra également compte des nouveaux principes qui émergent concernant l'assistance au développement dans les discussions avec les donateurs. Un pourcentage beaucoup plus élevé d'assistance devra être fourni sous une forme qui permet de financer les coûts supplémentaires de la réalisation des ODM. L'aide devra être ponctuelle et prévisible afin d'initier les réformes et de les maintenir. Les donateurs

---

<sup>17</sup> Levcovitz E, Acuña C. Elementos para la formulación de estrategias de extensión de la protección social en salud. *Revista Gerencia y Políticas de Salud* 2003; 2(5).

devront accepter les priorités des pays concernant les objectifs et les cibles nationaux, devront passer du financement de projets au financement et à des dons directs selon qu'il convient, et montrer leur disposition à s'acquitter des coûts accrus des programmes de santé à l'aide d'un appui budgétaire ou au niveau du secteur, ou du financement de programmes sectoriels bien conçus. À leur tour, les pays devront intensifier leurs efforts pour améliorer la gouvernance redevable de la santé et l'efficacité des systèmes et des institutions sanitaires. Il y aura un besoin accru de suivi et d'analyse des actions en vue de la réalisation des ODM et il faudra disséminer les exemples de bonne pratique de politique et de gouvernance et les leçons apprises.

***Encourager un engagement à des politiques sanitaires avec des objectifs et des cibles sanitaires mesurables***

45. Les ODM soulignent le besoin d'avoir des buts précis et mesurables pour les défis globaux et donnent un message clair du besoin prioritaire d'investir dans les gens à travers la santé et l'éducation. Un principe clé des ODM est que l'assistance extérieure doit être mieux alignée sur les propres priorités de développement d'un pays et que les pays améliorent la qualité de leurs politiques, de leurs institutions et de leur gouvernance en entreprenant les actions requises pour réaliser les ODM. Pour l'OPS, ceci signifie que les ODM constituent un point d'entrée supplémentaire à l'appui d'une bonne gouvernance de la santé et de politiques sanitaires axées sur les résultats, appropriées au contexte spécifique régional, sous-régional et des pays. Ils coïncident avec l'engagement suivi de l'OPS à une orientation de politique de la santé publique basée sur l'universalité, la solidarité et l'équité ainsi que la redevabilité et la transparence à travers des indicateurs communs et l'efficacité par la synergie, la collaboration et les partenariats.

46. Établir des objectifs et des cibles sanitaires n'est pas un phénomène nouveau pour la Région des Amériques. Certains pays de la Région se sont déjà lancés dans des processus élaborés d'établissement d'objectifs et de cibles sanitaires allant bien au-delà des domaines couverts par les ODM. Cette approche remonte aux années 1970 lorsque les États-Unis d'Amérique ont lancé pour la première fois les Objectifs de la Santé pour la Nation. Depuis lors, des expériences importantes se sont produites partout dans le monde pour établir des cibles et des objectifs sanitaires. Le Bureau européen de l'OMS en particulier, a été le fer de lance de ce processus depuis le début des années 1980, et il entreprend actuellement la révision des Cibles sanitaires européennes au vu des récents développements. De plus en plus, ces nouvelles politiques de la santé ont dépassé le stade de simples documents sectoriels de la santé et elles ont été développées avec les apports d'autres secteurs, de groupes professionnels, de parlementaires et de la société civile. En fait, il est de plus en plus considéré comme une nécessité que ces documents soient adoptés par les parlements et qu'ils constituent une stratégie pour le gouvernement dans son ensemble et non pour un seul secteur. Au cours des dernières années, l'intérêt de ces

politiques de la santé axées sur les résultats s'est également accru dans la Région des Amériques, par exemple au Chili.

47. Le fait de disposer pour la première fois d'un ensemble d'objectifs sanitaires clairement identifiables au niveau mondial qui font partie intégrante d'une stratégie de développement globale et qui ont été entérinés par les Chefs d'État est d'une grande valeur pour le secteur de la santé. C'est là une reconnaissance du fait que la santé est considérée comme un facteur clé du développement social et économique et qu'elle empiète sur les ministères des finances, de la planification et du développement. Pour les pays plus pauvres de la Région, les ODM de la santé—qui ont reçu l'engagement global des gouvernements et qui seront une partie intégrante de la stratégie des pays pour réaliser les ODM—constitueront un point d'entrée inestimable pour inscrire la santé aux agendas des stratégies de développement économique et social et des négociations d'aide au développement international.

48. Comprendre que les ODM sont une composante essentielle et parfois une force motrice d'une gouvernance de la santé redevable et intégrer les objectifs comme pièce maîtresse du développement national de la santé et des objectifs et cibles sanitaires nationaux intersectoriels, sont une condition préalable nécessaire à une traduction concrète des ODM dans le développement des politiques nationales. Ceci est essentiel étant donné que dans les Amériques les ODM ne sont pas introduits dans un environnement dénué de réforme, mais au contraire dans un environnement riche en réforme. Au cours des dernières décennies, la Région a traversé une série de réformes de la santé qui dans certains pays ont affaibli les systèmes de santé publique et réduit l'accès aux services de santé. La difficulté de réaliser certains des ODM de la santé témoigne clairement de cette situation.

49. Les pays plus aisés de la Région qui ont atteint les ODM en ce qui concerne leurs moyennes nationales peuvent développer des objectifs et des cibles sanitaires plus généralisés pour intégrer les ODM en établissant des cibles se rapportant spécialement aux groupes et aux régions défavorisés—et offrir un incitatif à la formulation d'objectifs plus ambitieux pour la santé de la population focalisés sur l'équité. Une étude de la Banque mondiale<sup>18</sup> laisse entendre qu'une stratégie visant les groupes défavorisés donnerait les moyens de réaliser les ODM liés à la santé tout en produisant des avantages complémentaires en termes d'équité distributive. Une étude CEPALC indique que les objectifs de réduction de la pauvreté des ODM ne sont réalisables que si les pays réussissent à devenir à la fois progressivement plus riches et moins inégaux, par exemple,

---

<sup>18</sup> Gwatkin D. *Who Would Gain Most from Efforts to Reach the Millennium Development Goals for Health*. In: *Health, Nutrition and Population*. Banque mondiale, décembre 2002.

au moyen de la combinaison d'un taux de croissance annuel du PIB de 3% et de réductions cumulées de l'inégalité d'environ 4%.<sup>19</sup>

50. En résumé, pour l'OPS la mise en opération des ODM sera très spécifique aux contextes et aux pays et elle nécessitera l'engagement politique, le leadership, l'innovation et la créativité de tous les protagonistes concernés. Au sein de l'OPS, les ODM s'inscrivent par conséquent dans un cadre de politique qui va au-delà d'une stratégie de réduction de la pauvreté, à un engagement à l'universalité de l'accès aux services de santé et au renforcement des fonctions essentielles de la santé publique. Le travail des unités techniques impliquées dans les ODM de la santé se fondera sur le principe que les pays de la Région ne peuvent pas se satisfaire du minimum — signifiant qu'ils auraient atteint les moyennes des ODM — mais qu'il faudrait une ferme volonté de monter la barre et d'établir des objectifs et des cibles sanitaires nationaux plus vastes et focalisés sur l'équité.

51. Il faut également considérer que les ODM contribuent à une gouvernance transparente et redevable. Le fait que l'accent mis sur les résultats et la redevabilité permettrait aux ODM d'être un moteur pour la démocratie donne lieu à de fortes attentes. En bonne logique, les communautés interviendraient dans l'établissement d'objectifs et de stratégies sur le plan national, et elles suivraient et discuteraient la performance du gouvernement en fonction de données fiables. Une raison déclarée pour laquelle les ODM sont simples et directs est de permettre aux pauvres de faire partie du processus. Le *Rapport sur le développement humain 2003* du PNUD propose que les ODM soient affichés sur la porte de chaque salle communale des villages, qu'ils fassent partie des plate-formes de campagne des politiciens et qu'ils soient le centre des efforts de mobilisation populaire et sociale. Non seulement les gouvernements mais aussi de nombreuses facettes de la société civile, en particulier les communautés pauvres, devraient intervenir dans un processus participatif qui place la réalisation démocratique des ODM au centre des politiques publiques dans la Région des Amériques en tant qu'élément clé destiné à améliorer la qualité de vie.

52. Une réunion sur les Municipalités saines et les ODM qui s'est tenue en Équateur au mois de juin 2004 avec la participation de l'OPS, du PNUD, des Centres des États-Unis pour le Contrôle des Maladies, l'Agence allemande de coopération technique (GTZ) et les maires et directeurs de réseaux de municipalités de différents pays de la Région, a contribué à définir le rôle des autorités et des réseaux municipaux pour faire progresser les ODM. La réunion a étudié les points de vue locaux, identifié les bonnes méthodes et initié le développement d'un plan d'action conjoint pour faire progresser la réalisation des ODM au niveau local.

---

<sup>19</sup> Ibidem, note en bas de page 10.

53. La Déclaration de Brasilia reconnaît le rôle important de la société civile dans la réalisation des ODM et exprime l'espoir que leur processus aide à renforcer les institutions démocratiques et appuie l'inclusion sociale, une culture de la paix et les droits de l'homme.

54. La santé joue un rôle clé en concrétisant les ODM pour les communautés, parce que les ménages et les personnes individuelles se rendent compte très directement de la façon dont le manque d'action sur un des ODM — par exemple la réduction de la pauvreté ou l'égalité entre les sexes — se répercute sur les mauvais résultats de la santé. Les communautés réalisent également la façon dont le manque d'investissement dans les soins de santé primaires et dans l'infrastructure de santé publique les empêche d'assurer leurs moyens d'existence. Nous voyons ici l'un des défis clés des ODM et des cibles sanitaires : l'amélioration des résultats de la santé dépendra essentiellement d'une combinaison de stratégies et de la synergie qui se produit parmi elles — l'amélioration de la santé publique et de l'infrastructure des services de santé en termes d'accès, de qualité et d'efficacité; des changements importants dans les attitudes et le comportement des communautés, des professionnels et des décideurs; et enfin, pratiquement tous les autres domaines de politique touchés par les ODM. La réduction de la mortalité maternelle dépendra d'une action concertée qui englobe l'éducation des femmes, des routes convenables, un accès aux soins obstétricaux d'urgence, et un changement dans les valeurs communautaires. En outre, l'égalité entre les sexes ne se limite pas à un objectif unique, en fait elle s'applique à tous les objectifs. Sans progrès sur la voie de l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes, aucun des ODM ne sera réalisé.

55. Les ODM peuvent également donner à l'OPS une plate-forme pour travailler d'une manière nouvelle avec le secteur privé et la société civile, notamment les organisations professionnelles telles que les organisations de santé publique de la Région. L'action sur les ODM doit œuvrer dans le sens d'un engagement renforcé des pays des Amériques à la Santé pour tous, un principe qui est la marque des démocraties—à savoir qu'elles n'excluent pas les citoyens de l'accès aux services de santé en fonction de leur capacité à payer.

### **Les efforts au sein de l'OPS**

56. Une équipe stratégique ODM a été établie dans le bureau du Directeur de la gestion des programmes. Elle travaille en relation étroite avec le Groupe de travail sur les ODM qui a été créé au sein de l'OPS, et qui réunit des points focaux ODM désignés dans tous les domaines du programme pour chacune des cibles concernant directement la santé; des points focaux pour le suivi, la communication et les partenariats globaux; et des points focaux représentant les problèmes clés des systèmes : protection sociale en santé, santé publique, soins de santé primaires, promotion de la santé et santé environnementale. La tâche de ce groupe consiste à développer les mesures et les

mécanismes qui aideront l'OPS à améliorer son appui aux pays dans leur effort pour atteindre les ODM dans les Amériques. Il se réunit régulièrement pour discuter les stratégies, les approches et les progrès et pour assurer l'intégration des propositions d'action dans le budget-programme. Il est appuyé par un site Intranet. Les bureaux dans les pays ont plein accès aux délibérations de ce groupe.

57. Un effort d'intégration est en cours dans tous les domaines de travail de l'Organisation. L'objectif est à la fois une réorientation du travail des unités techniques, le développement de partenariats spéciaux entre programmes pour contribuer à la réalisation des objectifs, ainsi que la création d'une équipe d'appui technique régional intégré qui peut appuyer les efforts des programmes des pays dans cette direction. Une série d'unités et de programmes au Siège et dans les bureaux des pays sont encouragés à ajuster leurs programmes en conséquence.

58. Des partenaires stratégiques importants pour certaines des cibles prioritaires ont été identifiés, par exemple, l'initiative des municipalités saines, l'initiative de développement local et urbain (voir cible 11 relative aux habitants des bidonvilles), la Fédération mondiale des associations de santé publique, et le programme sur le genre, l'ethnicité et la santé. Le plus grand nombre possible de programmes devront intégrer la réalisation des ODM dans leur vision et leur stratégie et devront assurer la liaison avec les autres. L'OPS devra évoluer des initiatives de programme compartimentées à des initiatives de synergie des ODM qui peuvent être suivies et évaluées pour leur impact.

59. Une priorité élevée est accordée aux activités en matière de santé maternelle et infantile, VIH/SIDA, tuberculose, paludisme, nutrition, eau et assainissement. Un effort est en cours pour identifier les activités liées aux ODM dans le budget-programme biennal, par exemple en signalant les résultats attendus qui contribueront à atteindre les ODM.

60. Enfin, les ODM ont été discutés avec les Représentants des pays de l'OPS/OMS aux trois réunions sous-régionales qui se sont tenues au cours des derniers mois, et un effort est actuellement en cours pour analyser et systématiser l'expérience au niveau des pays concernant le suivi et l'exécution d'actions à l'appui des ODM. En bref, un effort significatif est en cours à la fois pour aligner le travail de l'OPS sur le mandat des ODM et pour rendre le travail de l'OPS, et le travail avec les partenaires, plus sensible aux ODM.

61. Les activités de coopération technique à l'appui des pays en vue de la réalisation des ODM liés à la santé comprennent :

- Jusqu'à juin 2005, appui à la préparation et la réalisation de la Réunion des Ministres de la Santé et de l'Environnement à Mar del Plata, en Argentine, en préparation du prochain Sommet des Amériques.
- Maintenir et accroître la coopération avec les partenaires de l'Agenda commun, la Banque mondiale et la BID, dans le suivi et l'exécution des objectifs au niveau des pays, ainsi qu'avec d'autres partenaires tels que le PNUD, l'UNICEF, le Fonds des Nations Unies pour les activités en matière de population (FNUAP), le Programme alimentaire mondial des Nations Unies (PAM), et le CEPALC. En particulier, collaborer d'ici la fin 2004 avec le CEPALC à une publication inter-agences sur les ODM.
- Engager la communauté de la santé publique des Amériques, les associations de santé publique et les écoles de santé publique dans la réalisation des ODM. Prévoir concrètement, d'ici novembre 2004, un atelier international sur les ODM faisant intervenir les écoles de santé publique et les associations de santé publique dans les Amériques pour développer un cadre destiné à leur contribution aux ODM.
- Incorporer les ODM dans le processus de développement national de la coopération technique en santé, en particulier dans la programmation et l'établissement des cibles. Les récentes expériences de coopération technique au Salvador et au Nicaragua ont pris cette direction.
- Poursuivre les plan d'action municipaux pour les ODM afin d'impliquer les nombreuses municipalités saines dans l'ensemble des Amériques dans une initiative dynamique des ODM qui met particulièrement l'accent sur les communautés les plus pauvres. Avant la fin de 2004, avoir un plan d'action spécifique pour les municipalités saines, qui se fonde sur les résultats de la réunion de juin 2004 en Équateur.
- D'ici juin 2005, réaliser des études de cas détaillées spécifiques sur les ODM liés à la santé qui fourniront une analyse de situation sur laquelle les pays et l'OPS peuvent baser leurs actions visant à la réalisation des ODM.
- Engager les groupements sous-régionaux, les parlementaires et la société civile de toute la Région des Amériques dans un dialogue sur l'importance des objectifs sanitaires pour la réalisation des ODM.
- Engager un dialogue intensif parmi les ministères de la santé et d'autres ministères, tels que les ministères du travail, sur des initiatives destinées à améliorer les conditions de travail et la santé des travailleurs concernant

l'objectif 8, et les ministères de l'éducation sur les synergies pour atteindre les ODM en vue d'une initiative intersectorielle de haut niveau dans l'ensemble de la Région.

- Faire un effort concerté pour accroître l'alphabétisation en santé des communautés les plus pauvres en mettant l'accent sur les domaines prioritaires des ODM, avec des liens étroits à l'objectif 2 (éducation) et l'objectif 3 (autonomisation des femmes).
- Entreprendre l'initiative sur la redevabilité en santé dans les Amériques, dont le but est d'appliquer et d'améliorer les systèmes de suivi et d'information de l'OPS et d'utiliser des innovations telles que le Système d'information géographique (SIG) pour cartographier les progrès réalisés. Les interactions existent évidemment avec le projet des comptes nationaux de la santé. Cette initiative inclurait non seulement de mesurer les progrès de la santé en ce qui concerne les ODM, mais aussi de suivre les développements de l'appui et de partenariats mentionnés dans l'objectif 8, qui préconise l'augmentation des flux de ressources et l'accroissement de la coordination des donateurs au niveau des pays et aux niveaux locaux.
- Renforcer le rôle du leadership intellectuel et stratégique de l'OPS, par exemple dans des domaines tels que la santé et la sécurité humaine, la santé et les échanges commerciaux, la santé et la démocratie, etc.

### **Mesures à prendre par le Conseil directeur**

62. Le Conseil directeur est prié de considérer la résolution (annexe B) recommandée par le Comité exécutif.

Annexes

## Objectifs du millénaire pour le développement (OMD)

Objectifs et cibles (provenant de la déclaration du millénaire)	Indicateurs pour le suivi des progrès
<b>Objectif 1: Réduction de l'extrême pauvreté et de la faim</b>	
Cible 1: Réduire de moitié, entre 1990 et 2015, la proportion de la population dont le revenu est inférieur à un dollar par jour	1. Proportion de la population disposant de moins d'un dollar par jour en parité du pouvoir d'achat (PPA) <sup>a</sup> 2. Indice d'écart de la pauvreté (incidence de la pauvreté x degré de pauvreté) 3. Part du cinquième le plus pauvre de la population dans la consommation nationale
Cible 2: Réduire de moitié, entre 1990 et 2015, la proportion de la population qui souffre de la faim	4. Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans présentant une insuffisance pondérale 5. Proportion de la population n'atteignant pas le niveau minimal d'apport calorique
<b>Objectif 2: Assurer l'éducation primaire pour tous</b>	
Cible 3: D'ici à 2015, donner à tous les enfants, garçons et filles, partout dans le monde, les moyens d'achever un cycle complet d'études primaires	6. Taux net de scolarisation dans le primaire 7. Proportion d'élèves commençant la première année d'études dans l'enseignement primaire et achevant la cinquième 8. Taux d'alphabétisation des 15 à 24 ans
<b>Objectif 3: Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes</b>	
Cible 4: Éliminer les disparités entre les sexes dans les enseignements primaire et secondaire d'ici à 2005 si possible, et à tous les niveaux de l'enseignement en 2015 au plus tard	9. Rapport filles/garçons dans l'enseignement primaire, secondaire et supérieur, respectivement 10. Taux d'alphabétisation des femmes de 15 à 24 ans par rapport à celui des hommes 11. Pourcentage de salariées dans le secteur non agricole qui sont femmes 12. Proportion de sièges occupés par des femmes au parlement national
<b>Objectif 4: Réduire la mortalité des enfants de moins de 5 ans</b>	
Cible 5: Réduire de deux tiers, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans	13. Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans 14. Taux de mortalité infantile 15. Proportion d'enfants de 1 an vaccinés contre la rougeole
<b>Objectif 5: Améliorer la santé maternelle</b>	
Cible 6: Réduire de trois quarts, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité maternelle	16. Taux de mortalité maternelle 17. Proportion d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié
<b>Objectif 6: Combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies</b>	
Cible 7: D'ici à 2015 avoir stoppé la propagation du VIH/sida et commencé à inverser la tendance actuelle	18. Taux de prévalence du VIH parmi les femmes enceintes âgées de 15 à 24 ans 19. Taux d'utilisation du préservatif sur le taux de prévalence des contraceptifs <sup>b</sup> 19a. Utilisation d'un préservatif lors du dernier rapport sexuel à risque. 19b. Population âgée de 15 à 24 ans ayant une bonne connaissance générale du VIH/sida <sup>c</sup> 20. Taux de scolarisation des orphelins par rapport au taux de scolarisation des autres enfants non-orphelins âgés de 10 à 14 ans
Cible 8: D'ici à 2015, avoir maîtrisé le paludisme et d'autres maladies, et avoir commencé à inverser la tendance actuelle	21. Taux de prévalence du paludisme et taux de mortalité liée à cette maladie 22. Proportion de la population vivant dans les zones à risque qui utilisent des moyens de protection et des traitements efficaces contre le paludisme <sup>d</sup> 23. Taux de prévalence de la tuberculose et taux de mortalité liée à cette maladie 24. Proportion de cas de tuberculose détectés et soignés dans le cadre de traitements de brève durée sous surveillance directe (stratégie DOTS)
<b>Objectif 7: Assurer un environnement durable</b>	
Cible 9: Intégrer les principes du développement durable dans les politiques nationales et inverser la tendance actuelle à la déperdition des ressources environnementales	25. Proportion de zones forestières 26. Superficie des terres protégées pour préserver la biodiversité (par rapport à la superficie totale) 27. Énergie consommée (en kilogrammes d'équivalent pétrole) par dollar de produit intérieur brut (PPA) 28. Émissions de dioxyde de carbone (par habitant) et consommation de chlorofluorocarbones qui appauvrissent la couche d'ozone (en tonnes de PDO) 29. Proportion de la population utilisant des combustibles solides

Cible 10: Réduire de moitié, d'ici à 2015, le pourcentage de la population qui n'a pas accès de façon durable à un approvisionnement en eau de boisson salubre et à des services d'assainissement de base.	30. Proportion de la population ayant accès de façon durable à une source d'eau meilleure (zones urbaines et rurales) 31. Proportion de la population ayant accès à un meilleur système d'assainissement (zones urbaines et rurales)
Cible 11: Réussir, d'ici à 2020, à améliorer sensiblement la vie d'au moins 100 millions d'habitants de taudis	32. Proportion des ménages ayant accès à la sécurité d'occupation des logements
<b>Objectif 8: Mettre en place un partenariat mondial pour le développement</b>	
Cible 12: Poursuivre la mise en place d'un système commercial et financier multilatéral ouvert, fondé sur des règles, prévisible et non discriminatoire	<i>Certains des indicateurs ci-après seront évalués séparément dans les cas des pays les moins avancés (PMA), de l'Afrique, des pays sans littoral et des petits États insulaires en développement.</i>
Cela suppose un engagement en faveur d'une bonne gouvernance, du développement et de la lutte contre la pauvreté, aux niveaux tant national qu'international	<u>Aide publique au développement</u> 33. APD nette, total et aux PMA, en pourcentage du produit national brut des pays donateurs membres du CAD/OCDE
Cible 13: S'attaquer aux besoins particuliers des pays les moins avancés. La réalisation de cet objectif suppose l'admission en franchise et hors contingents des produits exportés par les pays les moins avancés; l'application du programme renforcé d'allègement de la dette des PPTE et l'annulation des dettes bilatérales envers les créanciers officiels; et l'octroi d'une APD plus généreuse aux pays qui démontrent leur volonté de lutter contre la pauvreté	34. Proportion du montant total de l'APD bilatérale des pays donateurs membres du CAD/OCDE allouée par secteur aux services sociaux de base (éducation de base, soins de santé primaires, nutrition, eau salubre et assainissement) 35. Proportion de l'APD bilatérale de pays donateurs membres du CAD/OCDE qui est déliée 36. APD reçue par les pays sans littoral en tant que pourcentage de leur RNB 37. APD reçue par les petits États insulaires en développement en tant que pourcentage de leur RNB
Cible 14: Répondre aux besoins particuliers des petits États insulaires en développement (en appliquant le Programme d'action pour le développement durable des petits États insulaires en développement et les conclusions de la vingt-deuxième session extraordinaire de l'Assemblée générale)	<u>Accès au marché</u> 38. Proportion du total des importations des pays développés (en valeur et à l'exclusion des armes) en provenance des pays en développement et des pays les moins avancés admises en franchise de droits 39. Taux moyens de droits appliqués par les pays développés aux produits agricoles, textiles et vêtements en provenance des pays en développement 40. Estimation des subventions agricoles dans les pays de l'OCDE en pourcentage de leur PIB 41. Proportion de l'APD allouée au renforcement des capacités commerciales
Cible 15: Traiter globalement le problème de la dette des pays en développement, par des mesures d'ordre national et international propres à rendre leur endettement viable à long terme	<u>Viabilité de la dette</u> 42. Nombre total de pays ayant atteint les points de décision de l'initiative PPTE et nombre total de pays ayant atteint les points d'achèvement (cumulatif) 43. Engagement d'allègement de la dette au titre de l'initiative PPTE, en dollars des États-Unis 44. Service de la dette, en pourcentage des exportations de biens et services
Cible 16: En coopération avec les pays en développement, formuler et appliquer des stratégies qui permettent aux jeunes de trouver un travail décent et utile	45. Taux de chômage des 15 à 24 ans, pour chaque sexe et taux global <sup>e</sup>
Cible 17: En coopération avec l'industrie pharmaceutique, rendre les médicaments essentiels disponibles et abordables dans les pays en développement	46. Proportion de la population ayant accès de façon durable à des médicaments de base d'un coût abordable
Cible 18: En coopération avec le secteur privé, faire en sorte que les avantages des nouvelles technologies, en particulier des technologies de l'information et de la communication, soient à la portée de tous	47. Nombre de lignes téléphoniques et d'abonnés au téléphone portable pour 100 habitants 48. Nombre de micro-ordinateurs pour 100 habitants et d'internautes pour 100 habitants

*Les objectifs et les cibles du Millénaire pour le développement sont dérivés de la Déclaration du Millénaire qu'ont signée 189 pays, dont 147 représentés par leur chef d'État, en septembre 2000 (<[www.un.org/documents/ga/res/55/a55r002.pdf](http://www.un.org/documents/ga/res/55/a55r002.pdf)> – A/RES/55/2). Les objectifs et les cibles sont interdépendants et doivent être considérés comme un tout. Ils représentent un partenariat entre les pays en développement et les pays développés, tous résolus, comme il est dit dans la Déclaration du Millénaire, à « créer – aux niveaux tant national que mondial – un climat propice au développement et à l'élimination de la pauvreté ».*

<sup>a</sup> Pour le suivi des tendances de la pauvreté au niveau national, des indicateurs basés sur les niveaux nationaux de pauvreté doivent être utilisés, s'ils sont disponibles.

<sup>b</sup> Parmi les méthodes contraceptives, seul le préservatif est efficace pour prévenir la transmission du VIH. Le taux d'utilisation de la contraception est également utile pour suivre les progrès accomplis vers la réalisation des autres objectifs relatifs à la santé, à la parité des sexes et à la lutte contre la pauvreté. Le taux d'utilisation du préservatif n'étant mesuré que parmi les femmes qui vivent dans une union, il est complété par un indicateur sur l'utilisation du préservatif dans les situations à haut risque (indicateur 19a) et par un indicateur des connaissances concernant le VIH/sida (indicateur 19b).

<sup>c</sup> Cet indicateur est défini comme le pourcentage de la population âgée de 15 à 24 ans qui sait quelles sont les deux grandes méthodes permettant de prévenir la transmission du VIH par la voie sexuelle (utiliser des préservatifs et n'avoir de rapports sexuels qu'avec un seul partenaire fidèle et non infecté), qui rejette les deux idées fausses concernant la transmission du VIH qui ont le plus communément cours sur le plan local et qui sait qu'une personne apparemment en bonne santé peut transmettre le VIH. Toutefois, comme l'on ne dispose pas encore d'un nombre suffisant d'enquêtes à partir desquelles calculer cet indicateur tel que défini, l'UNICEF, en collaboration avec ONUSIDA et l'OMS, a mis au point deux indicateurs indirects qui rendent compte de deux aspects, à savoir : a) le pourcentage de femmes et d'hommes âgés de 15 à 24 ans qui savent que l'on peut se protéger de l'infection par le VIH « en utilisant systématiquement des préservatifs »; b) le pourcentage de femmes et d'hommes âgés de 15 à 24 ans qui savent qu'une personne apparemment en bonne santé peut transmettre le VIH. Les données du rapport publié cette année ne portent que sur les femmes.

<sup>d</sup> La prévention est mesurée par le pourcentage d'enfants de moins de 5 ans qui dorment sous une moustiquaire imprégnée d'insecticides. Le traitement est mesuré par le pourcentage d'enfants de moins de 5 ans qui sont traités de manière appropriée.

<sup>e</sup> Pour les années à venir, l'OIT met au point une méthode plus efficace de mesure concernant cette cible.



ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ  
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ



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

Washington, D.C., EUA, 21-25 juin 2004

CD45/8 (Fr.)  
Annexe B

### *RÉSOLUTION*

#### *CE134.R8*

#### **CONTRIBUTION DE L'OPS À LA RÉALISATION DES OBJECTIFS DE DÉVELOPPEMENT DE LA DÉCLARATION DU MILLÉNAIRE DES NATIONS UNIES**

##### *LA 134<sup>e</sup> SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,*

Ayant examiné le rapport "Objectifs de développement pour le millénaire et cibles sanitaires" (document CE134/10);

Reconnaissant l'importance des objectifs de la Déclaration du Millénaire des Nations Unies en tant que stratégie ciblée visant à améliorer la santé des peuples des Amériques et à diminuer les inégalités existantes au sein des pays et entre ces derniers;

Sachant la place centrale des objectifs de la Déclaration du Millénaire des Nations Unies dans les priorités stratégiques de l'OPS, et

Reconnaissant la stratégie conçue par l'OPS pour atteindre les objectifs de développement du millénaire,

#### *DÉCIDE :*

De recommander au Conseil directeur d'adopter une résolution qui serait rédigée dans les termes suivants :

##### *LE 45<sup>e</sup> CONSEIL DIRECTEUR,*

Ayant examiné le rapport "Objectifs de développement pour le millénaire et cibles sanitaires" (document CD45/8);

Reconnaissant les objectifs de la Déclaration du Millénaire des Nations Unies et le ferme engagement des gouvernements de la Région d'atteindre ces objectifs;

Conscient du lien étroit entre les objectifs de la Déclaration du Millénaire des Nations Unies et la vision de l'OPS/OMS à savoir la santé pour tous; et

Comprenant l'importance de la réalisation des objectifs fixés dans la Déclaration du Millénaire des Nations Unies en vue de réduire les inégalités sur le plan de la santé dans la Région des Amériques,

***DÉCIDE :***

1. De demander aux États Membres :
  - a) de renforcer l'engagement politique envers les objectifs de la Déclaration du Millénaire des Nations Unies à tous les niveaux de gouvernance et d'accorder la priorité à la réalisation de ces objectifs dans les plans de développement économique et social aux niveaux régional, sous-régional, national et local;
  - b) de sensibiliser davantage aux priorités de santé fixées par les objectifs de la Déclaration du Millénaire et d'assurer la prise en charge du processus par les pays au moyen de la tenue généralisée de dialogues en matière de politiques, de partenariats et d'action intersectorielle;
  - c) d'encourager des partenariats pour la réalisation des objectifs de développement de la Déclaration du millénaire dans les forums politiques et économiques sous-régionaux afin de renforcer l'engagement des États Membres envers le développement sanitaire et social en tant que responsabilité partagée;
  - d) d'accroître les initiatives en matière de développement de la santé sur le plan national et de protection sociale en santé, surtout aux niveaux national et sous-régional pour appuyer les objectifs de la Déclaration du Millénaire;
  - e) d'intégrer davantage les efforts nationaux visant à la réalisation des objectifs de la Déclaration du Millénaire aux initiatives concernant des objectifs et cibles de santé et des politiques sanitaires axées sur des résultats concrets;
  - f) de rechercher et accroître la coopération avec d'autres partenaires pour faire progresser le programme des objectifs de la Déclaration du Millénaire aux niveaux régional, sous-régional et national;

- g) d'appuyer une forte participation de la société civile à tous les niveaux pour la réalisation des objectifs de la Déclaration du Millénaire, et spécifiquement pour l'inclusion des femmes, des groupes ethniques et raciaux et des populations autochtones;
  - h) d'améliorer l'évaluation et le suivi régulier des progrès obtenus dans la réalisation des objectifs de la Déclaration du Millénaire en s'appuyant sur des données sanitaires ventilées et de haute qualité;
  - i) d'entamer, de faciliter et de soutenir une recherche venant renforcer la base de données probantes pour la réalisation des objectifs de la Déclaration du Millénaire et créer une nouvelle base de connaissance surtout en ce qui concerne les synergies en santé.
2. De demander au Directeur :
- a) de redoubler d'efforts pour aider les pays à formuler et à mettre en œuvre des plans nationaux d'action pour la réalisation des objectifs de la Déclaration du Millénaire et pour une utilisation rationnelle des ressources de l'aide au développement;
  - b) de continuer à utiliser les objectifs de la Déclaration du Millénaire comme élément essentiel de la coopération de l'OPS dans tous les domaines techniques pertinents surtout avec les pays et les groupes de populations ayant le plus grand besoin d'atteindre les objectifs de la Déclaration du Millénaire;
  - c) de continuer à intégrer les objectifs de la Déclaration du Millénaire au programme des travaux généraux de l'OPS et à la gestion axée sur les résultats;
  - d) de intensifier les efforts de mobilisation des ressources humaines et financières et des partenariats pour aider les pays des Amériques à mettre en œuvre leurs stratégies nationales se rapportant aux objectifs sur le plan santé de la Déclaration du Millénaire;
  - e) de intégrer les activités de l'OPS liées aux objectifs de la Déclaration du Millénaire à d'autres efforts stratégiques de santé dans la Région des Amériques, notamment aux activités des entités sous-régionales et régionales, les stratégies de réduction de la pauvreté mises au point par les Nations Unies et les banques de développement et l'investissement dans le renforcement des systèmes de santé;

- f) d'apporter un soutien technique à la réunion régionale des ministres de la santé qui se tiendra en Argentine en juin 2005 pour évaluer les progrès enregistrés dans l'atteinte des objectifs de santé de la Déclaration du Millénaire; et
- g) d'assurer un suivi continue des progrès nationaux et régionaux vers la réalisation des objectifs de santé ; d'évaluer les expériences et de partager les pratiques optimales entre les pays.

*(Huitième séance, 25 juin 2004)*

- - -