



ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ



130^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF

Washington, D.C., E-U A, 24-28 juin 2002

Point 3.1 de l'ordre du jour provisoire

CE130/5 (Fr.)

13 mai 2002

ORIGINAL : ANGLAIS

RAPPORT SUR LA 36^e SESSION DU SOUS-COMITÉ DE PLANIFICATION ET DE PROGRAMMATION

Le Sous-Comité de planification et de programmation a tenu sa 36^e session au Siège de l'Organisation à Washington, D.C., le 25 et 26 mars 2002.

La 36^e session comptait des représentants des Membres suivants du Sous-Comité élus par le Comité exécutif ou désignés par le Directeur : Canada, Chili, Cuba, El Salvador, États-Unis d'Amérique, Guyana, Honduras et Uruguay. Des observateurs des pays suivants étaient également présents : Brésil, Colombie, Costa Rica, Équateur, Jamaïque et Mexique.

Le Bureau suivant a été élu avec des délégués de El Salvador (Président), de Guyana (Vice-Président) et de Cuba (Rapporteur).

Pendant la session, le Sous-Comité a discuté des thèmes suivants :

- Évaluations des orientations stratégiques et programmatiques 1999-2002;
- Plan stratégique pour le Bureau sanitaire panaméricain correspondant à la période 2003-2007;
- Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME);
- Protection sociale élargie en santé : une initiative conjointe de l'Organisation panaméricaine de la Santé et de l'Organisation internationale du Travail;
- Santé et vieillissement;

- Stratégie régionale pour la réduction de la mortalité et la morbidité maternelles;
- Femmes, santé et développement;
- Santé publique : la réponse aux maladies chroniques;
- Centres panaméricains.

Le rapport final de la session est donné ci-joint.

Annexe



ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ



36^e SESSION DU SOUS-COMITÉ DE PLANIFICATION ET DE PROGRAMMATION DU COMITÉ EXÉCUTIF

Washington, D.C., E-U A, 25-27 mars 2002

CE130/5 (Fr.)
Annexe

SPP36/FR (Fr.)
27 mars 2002
ORIGINAL : ESPAGNOL

R A P P O R T F I N A L

TABLE DES MATIÈRES

	<i>Page</i>
Bureau	3
Ouverture de la session	3
Adoption de l'ordre du jour et des programmes des séances	4
Présentation et discussion des points de l'ordre du jour	4
Évaluation des orientations stratégiques et programmatiques 1999-2002.....	4
Plan stratégique pour le Bureau sanitaire panaméricain 2003-2007.....	8
Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant	13
Extension de la protection sociale dans la santé : une initiative conjointe de l'Organisation panaméricaine de la Santé et de l'Organisation internationale du Travail	17
Santé et vieillissement.....	21
Stratégie régionale pour la réduction de la mortalité et la morbidité maternelles	24
Femmes, santé et développement	27
Réponse de la santé publique aux maladies chroniques	31
Centres panaméricains	35
Autres questions	38
Clôture de la session	39
Annexe A : Ordre du jour	
Annexe B : Liste des documents	
Annexe C : Liste des participants	

RAPPORT FINAL

La 36^e session du Sous-Comité de planification et de programmation (SPP) du Comité exécutif de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) s'est tenue au Siège de l'Organisation à Washington, D.C., les 25 et 26 mars 2002.

Des représentants des membres suivants du Sous-Comité, élus par le Comité exécutif ou désignés par le Directeur étaient présents : Canada, Chili, Cuba, El Salvador, États-Unis d'Amérique, Guyana, Honduras, et Uruguay. Le Brésil, la Colombie, le Costa Rica, l'Équateur, la Jamaïque et le Mexique étaient également présents en qualité d'observateurs.

Bureau

Le Sous-Comité a élu le bureau composé des États membres suivants pour sa 36^e session :

Président : El Salvador (Dr José Francisco López Beltrán)

Vice-Président : Guyana (Dr Rudolph O. Cummings)

Rapporteur : Cuba (Dr Antonio D. González Fernández)

Sir George Alleyne (Directeur du Bureau sanitaire panaméricain) était le Secrétaire de droit et le Dr Karen Sealey (Chef, Office de l'analyse et de la planification stratégique) assumait la position de Secrétaire technique.

Ouverture de la session

Le Directeur a ouvert la session et souhaité la bienvenue aux participants, souhaitant une bienvenue toute spéciale aux observateurs dont la présence est une évidence de l'engagement des États membres envers l'Organisation. Les délibérations du Sous-Comité de planification et de programmation sont toujours très productives et offrent une rétroinformation très utile au travail du Secrétariat et il était convaincu que la 36^e session ne serait pas une exception. Comme dans les années antérieures, il encourage les délégués à considérer les documents comme un « travail en cours » qui seraient révisés et perfectionnés au vu des commentaires du Sous-Comité. Dans l'esprit des efforts du Secrétariat pour faire participer ses partenaires à un grand nombre de ses activités, il a invité un État membre, la Jamaïque et une autre organisation internationale,

l'Organisation internationale du Travail, à préparer deux des documents. Une fois de plus, ces tâches conjointes s'avèrent extrêmement utiles et il est convaincu que les documents qui seront produits susciteront un débat enrichissant.

Le Président a souhaité lui aussi la bienvenue et a remercié les Membres de leur vote de confiance en élisant le Salvador pour assumer la fonction de Président du Sous-Comité.

Adoption de l'ordre du jour et des programmes des séances (Documents SPP36/1, Rév. 1, et SPP36/WP/1)

Conformément à la Règle 2 de ses Règlements intérieurs, le Sous-Comité a adopté l'ordre du jour provisoire et le programme des séances.

Présentation et discussion des points de l'ordre du jour

Évaluation des orientations stratégiques et programmatiques, 1999–2002 (Document SPP36/3)

Dr Germán Perdomo (Conseiller principal des politiques, Office de l'analyse et de la planification stratégique, OPS) a présenté les conclusions de l'évaluation à mi-parcours des orientations stratégiques et programmatiques (OSP) pour 1999–2002, que le Secrétariat a entreprise conformément à la Résolution CSP25.R4. Cette résolution, qui a été adoptée par la 25^e Conférence sanitaire panaméricaine en 1998, demandait au Directeur d'appliquer les OSP à la programmation de la coopération technique et d'évaluer l'impact de cette coopération technique en utilisant les OSP comme cadre de référence et d'en faire ensuite rapport aux Organes directeurs. L'évaluation à mi-parcours réalisée entre avril et juin 2001, avait pour but d'établir les bases de l'évaluation finale qui sera présentée plus tard dans l'année aux Organes directeurs et de fournir les apports au développement du plan stratégique pour 2003–2007.

L'évaluation avait trois objectifs principaux : 1) étudier les connaissances, attitudes et pratiques du personnel du Bureau relatives à la formulation des OSP et leur utilisation subséquente; 2) évaluer les progrès accomplis en vue de la réalisation des objectifs régionaux; et 3) déterminer la mesure dans laquelle les orientations stratégiques ont étayé la programmation de la coopération technique. Le document SPP36/3 récapitule les résultats. L'évaluation a indiqué parmi les principales conclusions qu'une grande majorité (87%) du personnel professionnel avaient une bonne connaissance des OSP qui étaient appliquées à un pourcentage élevé (90% environ) des projets de coopération technique et activités connexes. En raison du manque d'information et d'autres

contraintes, 23 seulement des 29 objectifs régionaux établis dans le cadre des OSP ont été analysés. Certains objectifs ont déjà été atteints en juin 2001, et il est estimé que la plupart des autres sont réalisables d'ici la fin de 2002. Tous ces objectifs sont considérés réalisables sur le long terme, à condition de disposer des ressources financières et autre soutien nécessaires.

En ce qui concerne l'impact de la coopération technique dans le cadre des OSP, le Dr Perdomo a souligné plusieurs difficultés d'ordre méthodologique qui ont empêché l'évaluation de l'impact en général et l'évaluation de l'impact de la coopération technique en particulier — notamment le fait que l'OPS n'est pas la seule organisation assurant une coopération technique dans les pays, ce qui pose des difficultés pour cerner avec précision les effets de ses activités. Il a conclu en décrivant l'approche à entreprendre pour préparer l'évaluation finale qui sera présentée au Comité exécutif en juin et à la 26^e Conférence sanitaire panaméricaine en septembre. Cette évaluation indiquera les progrès accomplis en vue de la réalisation de tous les 29 objectifs régionaux en prenant l'année 1998 comme référence, tant au niveau de la Région dans son ensemble qu'au niveau de chaque État membre, et l'accomplissement des 17 orientations programmatiques. L'évaluation comportera également les leçons tirées en ce qui concerne le processus de définition des objectifs régionaux, l'établissement des priorités, l'adoption des objectifs et des stratégies et le suivi et évaluation. Cette information devrait être très utile pour la planification stratégique future.

Le Sous-Comité a convenu que l'évaluation des OSP pour la période 1999–2002 est d'une importance cruciale, non seulement pour déterminer ce qui a été accompli pendant les quatre années, mais aussi pour orienter la planification pour la période 2003–2007. Alors que le Sous-Comité a encouragé le Secrétariat à présenter l'évaluation finale sous une forme aussi simple et directe que possible, il a été convenu que le document à présenter à la Conférence devrait comporter des informations plus détaillées, en particulier sur les objectifs régionaux et la façon dont ils seront atteints à la fin de 2002. Plusieurs délégués ont fait remarquer que les objectifs régionaux sont assez ambitieux et qu'il pourrait s'avérer impossible de les réaliser d'ici la fin des quatre années, au vu des progrès limités accomplis jusqu'à présent par rapport à certains des objectifs. Ceci étant, un des objectifs de l'évaluation finale devrait être l'identification des objectifs qui seraient reportés sur la période 2003–2007.

Le Sous-Comité estime également que l'évaluation finale devrait examiner la mesure dans laquelle les OSP ont influencé la programmation et les décisions sur le plan de la santé dans les pays, reconnaissant que les priorités dans quelques sous-régions et pays peuvent parfois s'écarter des OSP parce que leurs problèmes et leurs besoins sanitaires sont différents. En outre, il a également été suggéré que l'évaluation devrait examiner la mesure dans laquelle les systèmes et les services de santé entreprennent des actions destinées à améliorer la qualité de la vie des populations du point de vue des soins

de santé primaires, de la prévention des maladies et de la promotion de la santé. Le Sous-Comité estime qu'il est important d'examiner différents groupes dans les pays, parce que les données nationales ne reflètent pas nécessairement la situation de certains groupes et régions dans les pays. Plusieurs délégués ont fait remarquer qu'une analyse de l'effet des OSP au niveau national peut également produire une information utile pour évaluer l'impact de la coopération technique de l'OPS et son efficacité à satisfaire les besoins des pays.

Plusieurs participants ont fait remarquer que même si le Secrétariat peut se considérer responsable de certains des objectifs régionaux, d'autres objectifs dépendent de l'action au niveau national qui, à son tour, dépend souvent de la disponibilité de ressources de développement provenant d'autres agences en plus de l'OPS. Il a été suggéré que les futures orientations stratégiques et programmatiques devraient établir une différence entre les objectifs effectivement gérables par le Secrétariat et ceux dont le Secrétariat assurerait le suivi mais pour lesquels il n'aurait pas la responsabilité principale de leur réalisation. A ce sujet, un délégué a proposé que les Organes directeurs reconsidèrent peut-être le changement de politique qui a pris place en 1994, lorsque les OSP étaient censées relever de la responsabilité exclusive du Secrétariat, et non de l'Organisation prise dans son ensemble.

Le Sous-Comité a fait part de ses préoccupations en ce qui concerne les lacunes d'information identifiées par l'évaluation à mi-parcours. Il a été suggéré que dans le choix des objectifs régionaux futurs, l'Organisation devrait tenir compte des forces et des faiblesses des systèmes d'information en santé existants, et de leur capacité à produire les données requises pour le suivi et l'évaluation. Il a été également souligné toutefois que le manque de données pour mesurer des objectifs n'est pas entièrement une mauvaise chose du fait que parfois l'établissement d'objectifs a non seulement inspiré des actions destinées à combler des besoins de santé importants, mais a également donné lieu à des efforts pour améliorer la collecte de données afin de suivre leur réalisation. Un délégué a fait remarquer que même si les systèmes d'information sont perfectionnés pour produire les données nécessaires, il pourrait être possible d'utiliser d'autres indicateurs qui pourraient indiquer les progrès qui ont été accomplis.

Enfin, des délégués ont suggéré qu'en raison du manque d'information, la période d'évaluation devrait être prolongée au-delà de l'année 2002 afin de donner plus de temps à la collecte de l'information requise pour déterminer si les objectifs régionaux ont été atteints ou non et pour effectuer une évaluation plus détaillée de l'impact des OSP au niveau des pays. A cette fin, un délégué a proposé que le Sous-Comité recommande au Comité exécutif de reporter l'examen de l'évaluation finale jusqu'à 2003.

Le Dr Perdomo a remercié les délégués de leurs suggestions constructives dont le Secrétariat tiendra compte dans la préparation de l'évaluation finale. Il a souligné deux

points qui ont émergé de la discussion du Sous-Comité: le besoin d'évaluer la mesure dans laquelle les OSP ont été incorporées dans les plans et politiques au niveau national et le changement crucial de la responsabilité des OSP qui passe de l'Organisation dans son ensemble, au Secrétariat en exclusivité .

Le Directeur a convenu que les objectifs régionaux étaient ambitieux, mais il estime qu'il est important d'éviter d'établir des objectifs qui pourraient être atteints trop facilement. D'autre part, les objectifs ne devraient pas être stratosphériques au point de d'être irréalisables à jamais. Il est nécessaire de trouver le juste milieu. Il estime que les Organes directeurs ont fait du bon travail au cours des années pour trouver cet équilibre dans les orientations stratégiques et programmatiques qu'ils avaient approuvées.

L'évaluation à mi-parcours a soulevé des questions par rapport à certains objectifs. L'absence de progrès dans la réduction de la mortalité infantile et le dépistage de la syphilis dans les banques de sang sont par exemple des causes de graves préoccupations tout comme le manque de sources d'information sur des problèmes tels que l'usage du tabac. Les insuffisances de l'information révélées par l'évaluation dénotent l'importance de l'amélioration de la collecte des données. Au fil des ans, l'Organisation s'est fortement investie dans l'aide aux pays pour qu'ils produisent des données de qualité, du fait que l'OPS s'est engagée à ne publier que l'information officielle fournie par les États membres. Les lacunes mises à jour par l'évaluation soulignent le besoin de redoubler les efforts pour produire l'information nécessaire.

En ce qui concerne la question fondamentale de la responsabilité des OSP, lorsque la Conférence sanitaire panaméricaine a considéré les orientations stratégiques et programmatiques en 1994, les États membres ont insisté sur le fait qu'ils voulaient une déclaration précise de ce que serait la responsabilité du Secrétariat — à savoir, non seulement ce que le Secrétariat s'engageait à réaliser, mais également les activités qui relèveraient de sa compétence et de sa responsabilité. Le Directeur estime qu'il s'agit là d'une bonne décision de tenir le Secrétariat responsable de certains objectifs et activités. Néanmoins, il convient avec la suggestion du Sous-Comité estimant que l'évaluation devrait s'efforcer de déterminer comment les OPS ont étayé les politiques et les programmes des États membres.

En ce qui concerne la suggestion selon laquelle il serait préférable de présenter l'évaluation finale aux organes directeurs en 2003, il convient que la prorogation de la date butoir permettrait au Secrétariat d'effectuer une analyse plus détaillée et d'offrir un panorama plus complet des quatre années. Toutefois, la résolution adoptée par les Organes directeurs en 1998 recommande que l'évaluation soit présentée à la fin de la période quadriennale. De plus, en septembre il faudra que la 26^e Conférence sanitaire panaméricaine adopte un nouveau plan stratégique pour la période suivante. Il propose par conséquent que l'évaluation soit présentée aux Organes directeurs plus tard en 2002

comme prévu, mais à la condition que le Secrétariat continue à la réajuster au fur et à mesure que des données supplémentaires deviennent disponibles en 2003.

Le Sous-Comité n'a pas recommandé que le Comité exécutif reporte à 2003 l'examen de l'évaluation finale des OSP.

Plan stratégique pour le Bureau sanitaire panaméricain, 2003–2007

Le Dr Karen Sealey (Chef, Office de l'analyse et de la planification stratégique, OPS) a présenté le plan stratégique pour la période 2003–2007, en soulignant que la formulation du plan était guidée par les principes d'équité et le panaméricanisme, idéaux auxquels l'OPS a souscrit depuis ses 100 ans d'existence. Tout comme les orientations stratégiques et programmatiques pour la période 1999–2002, le plan stratégique proposé porte sur les actions qu'entreprendrait le Bureau sanitaire panaméricain (BSPA) en sa fonction de Secrétariat de l'OPS pour appuyer les objectifs des États membres de l'Organisation.

Elle a tout d'abord résumé les caractéristiques principales du processus de planification qui s'efforce non seulement de préciser ce que fera le Secrétariat au cours des cinq années à venir et d'établir les priorités régionales de coopération technique et d'affectation des ressources, mais aussi de décrire comment il le fera et d'identifier des approches et des moyens stratégiques pour améliorer la performance du Secrétariat. Le processus cherche également à incorporer un cadre de suivi et évaluation qui permettrait d'évaluer les réalisations des priorités techniques et des initiatives de développement structurel que le Secrétariat se propose d'entreprendre. Elle a ensuite passé en revue les valeurs qui guideront le travail du Bureau (équité, excellence, solidarité, respect, intégrité) et sa vision, sa mission, et ses fonctions en soulignant que le but principal du BSPA est d'aider les pays des Amériques à s'aider eux-mêmes et à s'aider les uns les autres pour améliorer la santé et les conditions et systèmes qui y sont liés.

Le plan qui est présenté au Sous-Comité est l'aboutissement d'un vaste processus d'analyse et de consultation avec le personnel à tous les niveaux de l'Organisation, les États membres et les parties prenantes extérieures. L'analyse externe a identifié trois forces majeures de changement qui sont essentielles au développement de la santé dans la Région : mondialisation, changements environnementaux, et science et technologie. Des schémas et des évolutions démographiques et épidémiologiques qui diffèrent dans les déterminants de la santé dans la Région façonneront également les approches de la coopération technique avec les pays adoptées par le Secrétariat. En ce qui concerne l'analyse interne, une enquête sur la façon dont les responsables perçoivent les forces et les faiblesses du Bureau et un diagnostic d'évaluation structurelle rapide ont contribué à mieux faire comprendre sa performance et ont fourni une référence pour le suivi des progrès au niveau du développement structurel. Le plan établi dans le document SPP36/4

décrit la réponse du BSPA à la situation révélée par les analyses interne et externe. Il identifie trois domaines d'intervention majeurs : groupes spéciaux de population (populations à faible revenu ou pauvres, groupes ethniques et raciaux, et femmes); pays clés (pays pauvres fortement endettés et/ou pays qui, en raison de leur niveau relativement faible de développement de la santé, doivent être le centre de l'intérêt collectif des États membres de l'OPS, en particulier Bolivie, Guyana, Haïti, Honduras, et Nicaragua); et les domaines de priorité technique.

L'objectif global de la coopération technique du BSPA serait de réduire l'excès de mortalité, morbidité et incapacité tout au long du cycle de la vie, en particulier parmi les pauvres et les autres groupes qui souffrent d'inéquités dans le domaine de la santé. Le plan a identifié huit domaines prioritaires de coopération technique destinée à réaliser cet objectif et six indicateurs de son accomplissement. Pour chacun des domaines de coopération technique, il a également récapitulé les principaux problèmes et défis à affronter, les forces et les faibles du BSPA et les opportunités d'intervention, les objectifs de coopération technique et les stratégies qui doivent être utilisées pour atteindre ces objectifs. Le Dr Sealey a fait remarquer qu'un certain nombre de ces objectifs allaient clairement au-delà des possibilités de gestion du Secrétariat, et que leur réalisation exigerait par conséquent une action conjointe avec d'autres agences ainsi qu'un engagement des pays. Elle a conclu en mettant l'accent sur les problèmes au niveau de l'Organisation tout entière que le Secrétariat s'engagerait à résoudre au cours de la période 2003–2007 afin d'ajouter une valeur et d'accroître l'efficacité et la productivité de sa coopération technique.

Le Sous-Comité a félicité le Secrétariat, et le Dr Sealey en particulier, pour la qualité du document qui présente une vision globale des problèmes qu'affrontent les pays de la Région et qui tient compte des principes d'équité et de panaméricanisme. Plusieurs délégués estiment que le plan stratégique proposé représente une amélioration substantielle par rapport aux cadres stratégiques et programmatiques antérieurs. Le Sous-Comité apprécie également l'inclusion d'objectifs structurels spécifiques relatifs au développement structurel et à la performance et félicite le Secrétariat de sa franchise à avoir reconnu que des améliorations pourraient être faites dans les processus de dotation en personnel et de gestion, ainsi qu'au niveau de la planification, de la programmation et de l'évaluation. Tous les délégués ont fait l'éloge des efforts du Secrétariat qui cherche à impliquer le plus grand nombre possible de parties prenantes — tout autant internes qu'externes — dans le processus d'identification des priorités et de formulation du plan. A cet égard, il a été suggéré qu'il pourrait être utile que les États membres aient accès aux analyses de référence réalisées en préparation à l'établissement du plan.

Des délégués ont fait part de leur préoccupation concernant le nombre important et la série des priorités et des domaines potentiels d'activité identifiés dans le plan, en particulier en tenant compte de la possibilité que l'Organisation continuera à subir des

pressions budgétaires à l'avenir. En ce qui concerne les questions budgétaires, il a également été souligné que le plan stratégique proposé ne serait pas vraiment inscrit dans le budget de l'Organisation jusqu'à 2004, étant donné que le budget du programme biennal pour la période 2002-2003 tenait compte des orientations stratégiques et programmatiques pour la période 1999-2002. Plusieurs questions ont été posées sur l'interaction entre les priorités du plan stratégique et celles contenues dans le Programme général de travail de l'OMS pour la période 2002-2005. Au vu des enjeux de la coopération pour le développement soulignés dans le document et de la dépendance de l'assistance extérieure pour les pays plus pauvres, il a également été suggéré qu'il faudrait peut-être un effort plus conséquent pour relier les priorités de l'OPS à celles d'autres agences dans le secteur du développement. En outre, il a été suggéré que dans l'établissement du cadre pour l'exécution du plan, le Secrétariat devrait s'efforcer de stratifier les interventions pour aider les pays disposant de peu de moyens de décider quelles seront les lignes d'action qu'ils entreprendront.

Comme dans la discussion antérieure des OSP pour 1999-2002, quelques délégués maintiennent que les objectifs doivent être considérés comme la responsabilité conjointe du Secrétariat et des États membres. Un délégué estime que le plan stratégique devrait être révisé pour mieux exprimer cet engagement conjoint. A cette fin, il propose que le Comité exécutif nomme un groupe ad hoc, composé de représentants des États membres désignés par le Comité et le Directeur pour formuler le nouveau document.

Des membres ont fait plusieurs suggestions spécifiques pour améliorer le plan et plusieurs d'entre eux ont également soumis des commentaires supplémentaires par écrit. En ce qui concerne la description du contexte et de l'environnement pour l'élaboration et l'exécution du plan stratégique, l'inclusion de diagrammes ou de graphiques a été suggérée pour aider à rendre l'information plus claire. Un délégué a fait remarquer que la section sur la mondialisation semblait présenter une vue plutôt négative et a suggéré que le Secrétariat examine à nouveau la section dans une optique de présentation d'une évaluation plus équilibrée des effets de la mondialisation sur la santé. Un autre délégué a recommandé que la déclaration sur la vision, qui mentionne que le BSPA serait le catalyseur majeur pour assurer que toutes les populations des Amériques jouissent d'une santé optimale, soit amendée en « un catalyseur majeur », du fait que de nombreuses autres agences nationales et internationales travaillent également à l'amélioration de la santé dans les Amériques.

Plusieurs délégués ont souligné le besoin d'efforts plus soutenus en vue de la promotion de la santé et de modes de vie sains. Il a été remarqué que tous les indicateurs de suivi de la réalisation de l'objectif global de la coopération technique du BSPA se rapportaient à la réduction de la morbidité et de la mortalité. Même s'il est reconnu qu'il est difficile d'établir des indicateurs pour mesurer la promotion de la santé et les améliorations de la qualité de vie, le Secrétariat a été encouragé à tenter de les incorporer.

Plusieurs délégués ont également signalé le besoin de mentionner explicitement les enfants et les populations autochtones parmi les groupes spéciaux de populations à cibler dans le cadre du plan et d'inclure leurs priorités spécifiques. D'autres suggestions portaient sur l'incorporation d'objectifs spécifiques se rapportant au VIH/SIDA, la tuberculose, la réduction de la résistance aux microbes, l'hypertension et l'amélioration des laboratoires de santé publique comme fonction essentielle de la santé publique. De plus, plusieurs délégués ont fait remarquer que le terrorisme biologique et d'autres formes de terrorisme constituent une menace sérieuse pour la santé et les conditions de vie des peuples des Amériques; cette menace devrait représenter une priorité pour tous les pays et l'OPS qui est depuis longtemps un chef de file en matière de préparation aux situations d'urgence et d'atténuation des catastrophes dans la Région.

Le Dr Sealey a remercié les délégués de leurs commentaires détaillés dont le Secrétariat tiendra compte dans la révision du document à présenter au Comité exécutif. Elle a mentionné que le Sous-Comité avait suggéré l'inclusion de plusieurs priorités supplémentaires mais que malheureusement, les Membres n'avaient pas donné beaucoup d'orientations pour indiquer quelles étaient les priorités qui devaient disparaître pour faire place à ces nouvelles priorités. Il est donc clair que le Secrétariat doit continuer à travailler pour affiner le processus d'établissement des priorités sur la base de l'information dont il dispose, et en tenant compte du fait qu'il est nécessaire de refléter les priorités de la Région prise dans son ensemble. Il est évident que certains problèmes constituent une priorité plus élevée pour certains pays et que toutes les priorités nationales ne peuvent pas être incluses. En ce qui concerne les suggestions portant sur les groupes autochtones et les enfants, elle a fait remarquer que les populations autochtones entraînent dans la catégorie générale des « groupes raciaux et ethniques ». L'objectif est d'identifier les groupes qui pour des raisons raciales ou ethniques ou autres, subissent des inégalités sur le plan de la santé. Toutefois, le Secrétariat examinera à nouveau l'idée de cibler les groupes autochtones et les enfants comme des groupes spécifiques.

En réponse à la recommandation que le Secrétariat fournisse aux États membres l'information de référence utilisée pour établir le plan, elle a dit que les documents analytiques clés seraient disponibles sur le site web de l'Organisation. En ce qui concerne les suggestions relatives aux indicateurs destinés à mesurer la réalisation de l'objectif global de la coopération technique, le Secrétariat a fait de gros efforts pour trouver des indicateurs qui non seulement tiennent compte de la morbidité et de la mortalité mais aussi des réalisations en matière de promotion de la santé et des améliorations de la qualité de vie. Elle a convenu que le plan devrait comporter ces indicateurs, même si la nature des données qui sont disponibles actuellement dans les pays pouvait créer des difficultés à mesurer réellement les progrès accomplis dans ces domaines. Quant à la stratification des interventions, elle a convenu qu'au lieu de suggérer des stratégies générales pour tous les pays, il serait préférable de faire des suggestions sur les types de stratégies et d'activités qui seraient les plus utiles pour certaines catégories de pays, étant

entendu que ce sont les pays qui feront le choix final conformément à leurs besoins et leurs moyens.

Pour ce qui est des commentaires relatifs à l'interaction entre le plan stratégique et le budget de l'Organisation, elle a assuré le Sous-Comité que cette interaction n'a pas été négligée. Les membres se rappelleront que le SPP a discuté de la politique budgétaire régionale en 2000, et qu'il a été convenu qu'une fois que le plan stratégique a été établi, la question du budget ferait l'objet d'un nouvel examen pour assurer que le plan oriente l'affectation des ressources. Il est vrai que s'il est approuvé, le plan stratégique ne serait pas entièrement répercuté dans le budget du programme biennal (BPB) jusqu'à 2004. Néanmoins, le processus de programmation est suffisamment flexible pour tenir compte du nouveau plan. Lors de l'évaluation à mi-parcours du BPB 2002–2003, les différentes unités techniques seront priées d'ajuster leurs programmes actuels pour tenir compte du plan approuvé par les Organes directeurs. Quant à l'interaction entre les priorités identifiées dans le cadre du plan stratégique et celles de l'OMS, elle a assuré le Sous-Comité que le Secrétariat avait soigneusement comparé les deux séries de priorités et avait estimé qu'elles étaient en parfaite harmonie. Si certaines priorités de l'OMS ne sont pas contenues explicitement dans le plan stratégique, la raison en est qu'elles ne sont pas considérées comme des priorités pour l'ensemble de la Région des Amériques.

Le Directeur a fait observer qu'il avait participé à un certain nombre d'exercices de planification stratégique et qu'il avait rarement constaté un processus plus participatif ou plus itératif. Le raisonnement sous-tendant le plan a été discuté à plusieurs occasions par les Organes directeurs. Diverses itérations du document ont été circulées dans les pays qui ont été invités à les commenter à plusieurs reprises. Il est évident qu'il n'a pas été possible d'incorporer tous les commentaires reçus, mais il estime que le processus a été véritablement participatif et il est convaincu que le plan proposé tient équitablement compte des priorités que les pays souhaitent voir poursuivies par le Secrétariat. Les suggestions du Sous-Comité qui tiennent clairement compte de l'examen soigneux et détaillé du document par les Membres, permettront au Secrétariat de continuer à renforcer le plan avant la réunion du Comité exécutif en juin.

En ce qui concerne la question des responsabilités du Secrétariat par rapport à celles de l'Organisation prise dans son ensemble, il estime que les Organes directeurs ont fait un grand pas en avant en 1994 lorsqu'ils ont convenu qu'il était nécessaire pour le Secrétariat de déclarer clairement ce qu'il avait l'intention de faire. Ceci constitue un aspect fondamental d'une bonne gestion dans des organisations telles que l'OPS, étant donné que le Secrétariat est le gardien des ressources affectées par les États membres. Il est très important de faire cette distinction et de considérer le Secrétariat responsable. En outre, l'OPS n'est pas une organisation supragouvernementale qui cherche à imposer des actions sur les pays et le Secrétariat par conséquent ne dira jamais que les États membres doivent accepter les priorités qu'il a identifiées. Les projets de coopération technique au

niveau national sont liés aux priorités établies par les pays individuels. Mais il estime qu'il existe un consensus au sein des pays des Amériques sur certaines priorités qui devraient guider la coopération technique au niveau régional.

Quant à la déclaration sur la vision, il estime qu'il est important de préserver le choix actuel des termes. Il est certain qu'il y a d'autres agences qui travaillent à l'amélioration de la santé dans les Amériques, mais le BSPA aspire vraiment à être le meilleur d'entre elles. Pour ce qui est de l'interaction des priorités de l'OPS avec celles d'autres secteurs et organisations, au cours des dernières années, le Secrétariat a fait des efforts pour arriver à une coordination plus étroite avec les institutions internationales de financement. L'Agenda commun pour la Santé dans les Amériques, signé par l'OPS, la Banque mondiale et la Banque interaméricaine de Développement en 2000, est une expression de cet effort. S'il est approuvé par les Organes directeurs, le plan stratégique servira de base au dialogue ultérieur avec les partenaires dans le secteur financier et d'autres.

En réponse à la suggestion qu'un groupe ad hoc soit nommé pour revoir le document avant la réunion du Comité exécutif en juin, il a fait remarquer qu'il serait extrêmement difficile d'organiser une réunion de ce groupe et de produire un nouveau document avant la réunion du Comité en juin. Il a par conséquent pressé le Sous-Comité de ne pas recommander ce cours d'action. Néanmoins, le Secrétariat sera heureux de recevoir les apports continus des pays pendant qu'il s'efforce d'affiner le plan en préparation de sa soumission au Comité exécutif.

Le Sous-Comité n'a pas recommandé la création d'un groupe ad hoc pour préparer une nouvelle version du plan stratégique.

Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (Document SPP36/5)

Le Dr Yehuda Benguigui (Conseiller régional en matière de prise en charge intégrée des maladies de l'enfant, OPS) a mis l'accent sur les progrès accomplis dans l'application de la stratégie de prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) dans la Région et les obstacles principaux à l'expansion de l'exécution de la stratégie et à l'extension de ses bénéficiaires à tous les enfants des Amériques. La stratégie PCIME, qui a été développée conjointement par l'OMS et le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) en 1992, a été reconnue comme l'une des interventions les plus efficaces par rapport au coût pour réduire la mortalité et la morbidité et améliorer les soins et la nutrition des enfants pendant les cinq premières années de leur vie. En 1999, le Conseil directeur de l'OPS a adopté une résolution exhortant les États membres à adopter et étendre l'exécution de la stratégie et demandant au Directeur de soutenir activement le processus. L'OPS a lancé la même année l'initiative « Enfants en bonne santé : but pour l'an 2002 », qui cherchait à enrayer 100.000 décès d'enfants de moins de cinq ans au

cours de la période 1999–2002 et à assurer l'accès à la stratégie, en particulier pour les groupes les plus vulnérables.

A la fin de 2001, 17 pays de la Région avaient adopté la stratégie et tous les pays avaient embrassé la cause « Enfants en bonne santé : but pour l'an 2002 ». Les résultats ont été très positifs. Les évaluations ont indiqué des améliorations considérables des différents indicateurs de qualité des soins et des diminutions substantielles des décès imputables aux maladies diarrhéiques et aux infections respiratoires aiguës, qui représentaient la part la plus importante de la mortalité due à tous les problèmes de santé des enfants ciblés par la stratégie PCIME. Néanmoins, les bénéfices évidents de la stratégie consistant à enrayer les maladies et à promouvoir la santé ne sont pas encore parvenus à de nombreux enfants de l'hémisphère. Le document SPP36/5 résume les défis principaux en vue de l'expansion de la stratégie PCIME et propose plusieurs actions pour relever ces défis. Le Sous-Comité a été prié de commenter les actions proposées et de suggérer des approches en vue d'accroître l'accès à la PCIME, d'incorporer la formation à la PCIME dans l'éducation des agents sanitaires en ajoutant des nouvelles composantes à la stratégie pour mieux l'adapter aux divers profils épidémiologiques des pays, en encourageant l'utilisation des seize pratiques familiales essentielles identifiées par l'OPS/OMS et l'UNICEF pour assurer la croissance et le développement sains des enfants, et en mobilisant des ressources pour étendre l'application de la PCIME.

Le Sous-Comité a exprimé son soutien unanime à la stratégie PCIME et a fait l'éloge des progrès accomplis dans l'amélioration de la santé des enfants dans les pays qui appliquent la stratégie. Bien que des pays aient indiqué que leur gouvernement n'avait pas adopté la PCIME comme stratégie officielle de leur programme national de santé, ils ont fait remarquer que des approches similaires étaient appliquées dans leur pays à bonne fin. Le Sous-Comité a également souligné l'importance du suivi et de l'évaluation pour identifier les bonnes pratiques et éviter de « réinventer la roue ». La dissémination de l'information relative à des expériences réussies et non réussies avec la stratégie PCIME constitue par conséquent un rôle crucial pour l'OPS, tout comme l'assistance dans l'amélioration de la collecte de données pour permettre aux pays de mesurer l'impact de la stratégie. Plusieurs pays ont offert de partager leur propre expérience avec d'autres pays de la Région.

Quelques délégués estiment qu'il ne faut pas ajouter des composantes supplémentaires à la stratégie PCIME jusqu'à ce qu'elle ait été entièrement appliquée dans toute la Région. Le besoin de faire bénéficier de la stratégie les enfants autochtones et d'autres groupes vulnérables a été souligné. Toutefois, d'autres délégués ont affirmé que la stratégie doit être adaptée au profil épidémiologique et aux besoins spécifiques des pays individuels et des communautés locales. Ces délégués ont attiré l'attention sur le besoin de régler des problèmes tels que le paludisme, le VIH/SIDA, la violence, les

accidents et les mauvais traitements des enfants, qui sont prédominants dans quelques pays et qui ont un impact très important sur la santé des enfants.

L'importance de la composante éducationnelle de la stratégie a été soulignée. L'éducation des familles — et en particulier des mères — est essentielle à l'efficacité de la stratégie. Plusieurs délégués ont observé que la santé de l'enfant va de pair avec la santé maternelle et ont souligné le besoin de soins prénatals de bonne qualité pour assurer des bébés sains qui survivent et deviennent des enfants en bonne santé et des adultes en bonne santé. La communication de masse et l'éducation communautaire sont également considérées comme des éléments cruciaux. En ce qui concerne l'éducation des agents de santé, il est nécessaire d'accroître les connaissances et l'utilisation de la PCIME parmi les praticiens actuels ainsi que les étudiants. A cette fin, il est suggéré d'étudier des possibilités de formation sur le terrain et de programmes de type incitatif.

Les délégués ont fait des suggestions spécifiques pour améliorer le document, dont l'incorporation d'une information plus détaillée sur les groupes d'enfants vulnérables qui n'ont pas encore bénéficié de la stratégie PCIME et les comparaisons de données sur l'usage de médicaments dans les pays qui ont adopté la PCIME, avec des données de pays qui n'appliquent pas les approches de la stratégie PCIME. Un délégué a suggéré que pour mieux exprimer la focalisation de la stratégie sur l'enfant et la promotion de la santé de l'enfant, l'Organisation pourrait envisager de la rebaptiser « prise en charge intégrée de la santé de l'enfant ».

Le Dr Benguigui a noté que sur ce thème le document prévoyait d'offrir un très bref aperçu des progrès de l'exécution de la stratégie PCIME dans la Région et que par conséquent, il n'offrait pas beaucoup de détails sur des questions telles que l'éducation communautaire et familiale, la formation des ressources humaines et le suivi et l'évaluation. Une information plus explicite sera comprise dans le document qui sera préparé pour le Comité exécutif. De nombreuses questions soulevées par les délégués sont en fait traitées dans le document. L'éducation de la famille, de la mère en particulier, est une clé de voûte de la stratégie PCIME, même si le document ne décrit pas toutes les approches et tous les instruments à utiliser à cette fin. Il est heureux d'annoncer qu'un spécialiste des communications rejoindra bientôt le personnel de l'unité PCIME régionale, ce qui stimulera sa capacité à assister les pays dans le domaine de la communication et de l'information portant sur la PCIME. Le suivi et l'évaluation constituent également des aspects essentiels de la stratégie. L'OMS procède actuellement à une revue analytique de l'exécution de la PCIME dans le monde entier avec l'appui de la Fondation Gates. L'OPS participe activement à cette revue qui analyse les indicateurs à la fois de processus et d'impact. Les soins prénatals revêtent également une importance primordiale. Les programmes mondiaux et régionaux travaillent tous deux à l'amélioration de la santé prénatale, même si l'OPS a choisi de mettre l'accent sur la

santé prénatale dans le cadre du programme PCIME afin d'éviter le double emploi des efforts et des ressources.

En ce qui concerne l'incorporation de nouvelles composantes dans la stratégie PCIME, il a fait remarquer que de nombreux pays de la Région passent par une phase de transition épidémiologique dans laquelle des problèmes tels que les maladies diarrhéiques et les infections respiratoires aiguës coexistent avec des maladies chroniques telles que l'asthme et avec des taux élevés de violence et d'accidents, qui contribuent également de façon importante à la morbidité et la mortalité des enfants et qui ont un impact énorme sur la qualité de vie des enfants. Dans certains pays, le paludisme et l'infection par VIH constituent également des problèmes graves. Par conséquent, il est considéré comme essentiel d'adapter la stratégie au profil épidémiologique et aux besoins spécifiques des pays individuels et des communautés.

Le Directeur a ajouté que l'idée était d'adapter la stratégie aux problèmes prévalants pour lesquels cette approche de prise en charge intégrée peut s'avérer efficace. A cet égard, il se demande si le document n'est pas trop puriste dans l'identification des pays qui ont adopté la stratégie, car il est évident que de nombreux autres pays appliquent des approches de prise en charge intégrée de la santé des enfants, même s'ils lui donnent un nom différent. En ce qui concerne l'évaluation de l'impact des approches PCIME, il est arrivé à la conclusion que la mortalité générale des moins de cinq ans peut être un meilleur indicateur que la mortalité imputable à des maladies spécifiques. De même, rétrospectivement, il estime qu'il aurait mieux convenu de faire de la réduction de l'écart entre les pays ou groupes de population avec les taux de mortalité les plus élevés et les plus bas l'objectif de l'initiative Enfants en bonne Santé, plutôt que d'établir l'objectif qui consiste à enrayer un certain nombre de maladies des enfants. Cet objectif entrerait davantage dans la ligne des efforts que l'Organisation accomplit pour accroître l'équité dans la santé.

En ce qui regarde l'aspect communication et information de la PCIME, il a noté qu'une grande partie de ce que fait le programme PCIME entre dans la rubrique « communication sociale », même s'il n'y a aucun membre du personnel chargé de cette fonction spécifique. La dissémination de l'information pour montrer que la stratégie fonctionne, est essentielle pour persuader les ministres de la santé et d'autres responsables du secteur de la santé de l'adopter comme moyen de réduire la mortalité infantile. Comme l'a fait remarquer le Sous-Comité, l'un des meilleurs moyens de le faire est de partager les expériences réussies de pays qui appliquent la stratégie PCIME.

***Extension de la protection sociale dans la santé : initiative conjointe de l'Organisation panaméricaine de la Santé et de l'Organisation internationale du travail
(Document SPP36/6)***

Le Dr Daniel López Acuña (Directeur, Division du développement des systèmes et services de santé, OPS) et M. Emmanuel Reynaud (Chef, Branche de la politique de sécurité sociale et du développement, OIT) ont décrit une initiative conjointe entreprise par l'OPS et l'Organisation internationale du travail (OIT) destinée à promouvoir l'accès équitable aux services de santé en Amérique latine et dans les Caraïbes, en particulier pour le segment important de la population qui ne dispose pas actuellement d'une couverture appropriée de soins de santé. Les objectifs spécifiques de l'initiative sont 1) de permettre aux États membres des deux organisations d'élargir la couverture des systèmes de soins de santé et d'élaborer des politiques en vue d'étendre la protection sociale aux soins de santé, en particulier dans le secteur informel tant dans les zones urbaines que rurales et parmi les groupes non protégés; et 2) de faire intervenir toutes les majeures parties prenantes dans le processus de conception, exécution, suivi et évaluation des politiques afin d'obtenir l'appui public à la politique de réforme de la santé qui favoriserait l'inclusion et qui ne conduirait pas à une exclusion, une marginalisation et une absence de protection sociale plus importantes.

La « protection sociale dans la santé » a été définie comme une garantie de la société, par l'intermédiaire des différentes autorités publiques, que les individus ou groupes d'individus soient en mesure de satisfaire leurs besoins en santé au moyen d'un accès adéquat aux services de santé, qu'il s'agisse du système national de santé ou de tout autre sous-système de santé existant dans le pays, sans distinction de leurs moyens financiers. Trois conditions doivent être satisfaites pour garantir la protection sociale en santé: l'accès aux services de santé, la sécurité financière de la famille et la dignité de la fourniture des soins. Le document SPP36/6 a identifié les facteurs qui mènent à l'exclusion dans la santé — la pauvreté notamment — et les principaux obstacles qui empêchent l'extension de la protection sociale. Il a également identifié plusieurs stratégies visant à étendre la protection sociale dans la santé, qui se fondent sur des interventions qui ont fait leurs preuves dans le passé dans les pays d'Amérique latine et des Caraïbes. Elles comprennent l'établissement de régimes spéciaux de sécurité sociale sans la condition de contribution des bénéficiaires; des régimes d'assurance volontaire, subventionnée par l'État; une expansion limitée de la fourniture des services; des systèmes communautaires de protection sociale; et le développement progressif de systèmes de santé unifiés qui combinent des sous-systèmes publics et privés.

Le document propose quatre lignes d'intervention portant sur la politique gouvernementale en matière de protection sociale, financement de la protection sociale, assurance santé et prestation des services de santé. Pour que l'initiative réussisse, il est considéré comme crucial que les pays se l'approprient. Elle encouragerait dès lors le

développement d'un processus participatif au niveau national qui impliquerait les parties prenantes essentielles du secteur de la santé et d'autres secteurs. Ce processus aboutirait à la formulation d'une stratégie nationale et d'un plan d'action national destinés à étendre la protection sociale dans la santé. Au niveau régional, l'OMS et l'OIT appuieraient les pays au moyen d'une série d'activités comprenant entre autres la coopération technique, l'établissement d'un système de centralisation de l'information sur les bonnes pratiques et la connaissance, et la mobilisation de ressources.

Le Sous-Comité a accueilli avec satisfaction l'initiative conjointe comme un partenariat stratégique qui ferait appel aux forces et à l'expertise respectives de l'OPS et de l'OIT pour aider les pays à étendre la protection sociale et à améliorer l'accès aux services de santé des groupes de population vulnérables et marginalisés. Le nombre énorme de personnes de la Région qui n'ont aucune protection sociale justifie amplement l'initiative. De plus, le problème de l'exclusion s'amplifie du fait que des proportions croissantes de la population se tournent vers l'économie informelle pour assurer leurs moyens d'existence. En raison des interactions entre la santé et la pauvreté, le revenu, l'emploi, l'éducation, le logement et d'autres facteurs, le Sous-Comité a envisagé une approche multisectorielle du problème. Pour cette raison, les efforts visant à lutter contre l'exclusion et le manque de protection sociale devraient chercher à impliquer d'autres organisations multilatérales et bilatérales — dont l'OMS au niveau mondial — ainsi que les gouvernements et la communauté.

Le Sous-Comité a également souligné que l'accès aux services de santé de base doit être considéré comme un droit de tous que les gouvernements doivent assurer. Il est admis parallèlement que souvent les gouvernements ne peuvent pas assumer l'entière responsabilité d'assurer la protection sociale pour tous et que le secteur privé et les organisations non gouvernementales ont également un rôle important à jouer. Chaque pays doit évaluer l'ampleur et les causes de l'exclusion sociale et élaborer des solutions appropriées qui tiennent compte de sa réalité nationale.

Les délégués ont fait plusieurs suggestions pour améliorer le document. L'une d'entre elles consistait à incorporer les études de cas de programmes et d'initiatives qui ont réussi à améliorer la prestation des services de santé pour les groupes de population non protégés. Une autre suggestion souhaitait des définitions plus précises de concepts tels que « protection sociale », « bien-être social », et « sécurité sociale », qui peuvent être interprétés différemment dans des contextes nationaux différents. Un délégué a demandé des précisions sur les chiffres de l'exclusion de la protection sociale cités dans le document et a mis en garde contre l'usage d'indicateurs qui ne cherchent à mesurer l'exclusion qu'en termes de demande des services de santé, étant donné que la demande des services de santé est influencée par des facteurs multiples qui comprennent les interprétations culturelles de la santé et de la maladie et les problèmes économiques et sociaux. Il a également été demandé de préciser les rôles respectifs de l'OPS et de l'OIT

dans l'initiative. Un autre délégué ayant noté que le document porte sur les soins de santé à des fins curatives, a recommandé de mettre davantage l'accent sur l'accès aux services chargés de la prévention des maladies et de la promotion de la santé, qui constituent également des aspects essentiels de la protection sociale en santé. Plusieurs questions ont porté sur des études de régimes de micro-assurance et d'autres recherches à effectuer conformément au protocole d'accord signé par les deux organisations. En outre, un délégué a fait remarquer que la couverture universelle ne garantit pas nécessairement un accès équitable aux soins de santé, particulièrement dans des systèmes comportant un financement mixte public-privé, et il a été suggéré que les études relatives aux différents régimes d'assurance devraient comprendre un examen critique de leur équité respective.

Le Dr López Acuña a convenu qu'il appartient aux États membres d'entreprendre des activités pour étendre la protection sociale dans la santé. Il ne s'agit pas d'une tâche qui peut être accomplie par l'OPS ou l'OIT, et l'initiative n'a pas cherché à leur donner ce rôle. Il revient aux pays de prendre la direction de la formulation et de l'exécution de politiques sur l'extension de la protection sociale et sur l'évaluation de l'efficacité de ces politiques. L'initiative OPS/OIT a pour objet d'appuyer l'action au niveau national et de rassembler l'information sur des expériences qui aideraient les pays à appliquer les bonnes méthodes et à réaliser des économies d'échelle. Comme l'a fait remarquer le Sous-Comité, il n'existe pas de recette unique pour étendre la protection sociale dans le domaine de la santé. Il est essentiel que chaque pays élabore un cadre de protection sociale adapté à ses besoins spécifiques à travers un processus de dialogue national et de dégagement de consensus impliquant un vaste éventail de parties prenantes.

En réponse aux questions relatives au protocole d'accord, il a noté que plusieurs des activités qui y sont mentionnées ont déjà été réalisées. Par exemple, en 1999 et au début de l'an 2000, l'OPS et l'OIT ont effectué une analyse comparative des mesures de protection sociale dans les pays, une analyse des expériences en matière de micro-assurance dans les Amériques, une analyse des différentes méthodes pour mesurer l'exclusion et les perspectives divergentes qui peuvent émerger de ces méthodes, ainsi qu'une étude des formules de frais médicaux dans les pays de la Région. Toutes ces études font partie de la documentation de référence de la Réunion régionale de 1999 sur l'extension de la protection sociale pour les soins de santé aux populations non protégées de l'Amérique latine et des Caraïbes, qui a donné naissance à l'initiative. Le document préparé pour le Sous-Comité est volontairement bref et par conséquent il ne donne pas beaucoup de détails sur les conclusions des études, mais le Secrétariat se fera un plaisir de fournir toute la documentation de référence aux États membres.

En ce qui concerne l'intervention d'autres organisations, il note que plusieurs agences bilatérales de développement ont récemment introduit le thème de la protection sociale en santé dans leur agenda de coopération et qu'elles ont également exprimé leur souhait d'appuyer des actions conjointes de deux organisations internationales ou plus,

pour renforcer la capacité nationale dans ce domaine. L'OPS et l'OIT s'efforceront de mobiliser des ressources pour l'initiative conjointe et les efforts nationaux de ces agences, ainsi que des ressources provenant des institutions de prêt multilatérales et des sources nationales. Comme pour l'OMS, l'initiative régionale constituera une contribution précieuse aux tâches qu'elle réalise dans le domaine de la politique de financement des soins de santé.

En réponse aux questions sur les rôles respectifs de l'OPS et de l'OIT, M. Reynaud a dit qu'en deux mots, l'OPS/OMS s'occupait du côté offre de l'accès aux soins de santé, alors que l'OIT intervenait davantage dans le côté demande, du fait que les employeurs et les travailleurs ainsi que les gouvernements étaient ses principaux partenaires et étaient également ses parties prenantes clés dans les discussions sur la protection sociale et les régimes de sécurité sociale. Même si cette façon de voir la relation peut sembler relativement simpliste, elle est également pragmatique car l'expérience a montré que les efforts pour étendre la couverture des soins de santé ne peuvent pas réussir sans une offre appropriée, mais qu'il faut également une demande appropriée pour financer l'offre.

En ce qui concerne la question de l'équité, il a fait remarquer que les pays affrontent un dilemme difficile : quand une vaste proportion de la population est exclue, vaut-il mieux tenter d'étendre le même niveau et la même qualité de protection à tous ou vaut-il mieux formuler un régime ou un système spécial pour couvrir ceux qui n'ont pas de protection ? On pourrait s'attendre à ce que la deuxième option, qui est un système à deux voies, crée des inéquités, mais d'autre part, étendre le même niveau de protection à tous semble être une entreprise longue et ardue. Par conséquent, la meilleure solution sur le court terme est de mettre en place un mécanisme spécial qui cible les groupes exclus, mais de le faire en tant que première étape d'un processus visant en dernier ressort à créer un système plus équitable qui assurerait la couverture universelle.

Le Directeur a noté que le droit à la santé est reconnu depuis longtemps dans la Région. Dans la Déclaration américaine des droits et des devoirs de l'homme, les pays des Amériques affirment que toute personne a droit aux mesures sanitaires et sociales nécessaires pour préserver la santé. Mais comment les pays peuvent-ils assurer l'accès à ces mesures de manière équitable? L'initiative conjointe OPS/OIT a cherché à apporter des réponses à cette question. Aucun pays ne pourra jamais satisfaire intégralement la demande de soins de santé car cette demande est sans bornes. De plus, comme l'a fait remarquer M. Reynaud, il est extrêmement difficile d'établir et de maintenir un système qui couvre tout le monde. Les pays ont par conséquent porté leurs efforts sur les pauvres et les marginaux afin de commencer à s'attaquer au problème de l'exclusion. Toutefois, les services destinés aux pauvres sont souvent des services de mauvaise qualité, ce qui donne lieu à d'autres types d'inéquités. Face à cette situation, il estime que c'est le rôle de l'État d'assurer que tous ont accès à des services d'une qualité acceptable — en

particulier les services qui ont les effets externes les plus forts — même si l'État ne doit pas assurer directement tous les services. Le rôle des deux organisations internationales est d'ajouter une valeur aux tâches entreprises dans les pays. Grâce à l'analyse des expériences des différents pays, l'OPS et l'OIT peuvent tirer des leçons et déduire les bonnes méthodes qui aideront d'autres pays alors qu'ils luttent pour trouver la meilleure façon d'étendre la protection sociale et assurer des soins de santé adéquats pour tous leurs habitants.

Sa conception élargie de la protection sociale, allant au-delà de l'optique traditionnelle de la sécurité sociale qui constitue seulement un système de protection pour les personnes qui y contribuent, représente un aspect clé de l'initiative. La protection sociale envisagée dans le cadre de l'initiative serait élargie aux pauvres et aux exclus et les aiderait à sortir du piège de la pauvreté. Comme l'a dit M. Reynaud, on ne peut pas y arriver du jour au lendemain. Il faudra de nombreuses années pour assurer la protection sociale à tous les exclus, mais que ceci n'empêche pas les pays de démarrer le processus au plus vite.

Santé et vieillissement (Document SPP36/7)

Dr Martha Peláez (Conseiller régional sur le vieillissement et la santé, OPS) a présenté un aperçu de la situation des personnes âgées de la Région et a décrit les stratégies principales pour favoriser un vieillissement en bonne santé. Les pays des Amériques font tous face à un vieillissement de leur population. En 2025, la population âgée de 60 ans et plus sera d'environ 200 millions selon les estimations, et plus de la moitié de cette population vivra en Amérique latine et dans les Caraïbes. Une croissance rapide du nombre et de la proportion de personnes âgées menace de provoquer une crise de la santé publique qui accablera les services de santé et créera une compétition entre les générations pour de maigres ressources. Cette crise pourrait toutefois être évitée en prenant des mesures maintenant et en investissant dans la santé des personnes âgées afin de promouvoir un vieillissement à la fois actif et sain. La coopération technique de l'OPS dans le domaine du vieillissement et de la santé vise à permettre aux pays de se préparer et de répondre aux enjeux et aux opportunités créés par une population vieillissante et d'appuyer leurs efforts en vue de l'application du plan d'action international sur le vieillissement qui a été adopté par la deuxième Assemblée mondiale sur le vieillissement qui s'est tenue à Madrid en avril 2002.

Le plan d'action international s'appuie fortement sur les droits de l'homme et établit trois domaines d'intervention prioritaires : encourager la participation des personnes âgées au développement, améliorer la santé et les conditions de vie des personnes âgées, et assurer un environnement de facilitation et d'aide aux personnes âgées. Le document SPP36/7 propose plusieurs stratégies dans le but de promouvoir la santé physique et mentale et d'améliorer les soins de santé aux personnes âgées et assurer

le respect de leurs droits et de leur dignité. Les stratégies se fondent sur les faits observés et elles sont en harmonie avec les stratégies envisagées au niveau international. Le Sous-Comité a été prié d'examiner les problèmes liés au vieillissement et à la santé et de recommander des moyens de renforcer la coopération technique régionale dans ce domaine, en particulier dans ses aspects ayant trait à l'exécution du plan d'action international proposé.

Le Sous-Comité a vivement approuvé le document qui a accompli un excellent travail de récapitulation des questions devant être résolues dans le domaine de la santé et des conditions de vie des personnes âgées. Le document traite également un nombre des problèmes clés soulevés dans la version préliminaire du Plan d'action international sur le vieillissement 2002. Le Sous-Comité a fait part de son appui résolu à l'approche de promotion de la santé de l'OPS. Plusieurs délégués ont fait remarquer que le vieillissement ne doit pas être considéré comme une maladie mais comme un processus qui dure toute la vie et qui commence à la naissance. L'état de santé des personnes âgées est essentiellement le résultat d'une accumulation de blessures et de conséquences de maladies et de choix de comportement bons ou mauvais. Par conséquent, la promotion de la santé est essentielle, et elle devrait commencer tôt et se poursuivre pendant toute la durée de la vie afin d'optimiser la santé physique et mentale pendant la vieillesse.

Le Sous-Comité a également souligné l'importance des approches communautaires de soins aux personnes âgées. Un délégué a également fait valoir que les options communautaires par rapport aux maisons de retraite sont non seulement efficaces par rapport au coût, mais qu'elles peuvent aussi se traduire par des améliorations de la santé, une indépendance prolongée et une qualité de vie améliorée. La sensibilisation de l'opinion à la contribution que peuvent apporter les adultes âgés à leur communauté et la participation de la communauté aux soins des personnes âgées sont considérées comme des stratégies cruciales pour promouvoir le vieillissement en bonne santé. Des délégués ont souligné le rôle essentiel que jouent les adultes âgés dans la préservation de l'unité de la famille et le maintien du tissu social. Plusieurs délégués ont également mentionné l'impact de la migration sur les personnes âgées dans leur pays. Lorsque les membres plus jeunes de la famille émigrent à la recherche d'un travail, les plus âgés sont fréquemment laissés à eux-mêmes avec peu de ressources et peu d'accès à la protection sociale. Le besoin d'adapter les services de soins de santé primaires et de former le personnel de santé à satisfaire les besoins particuliers des personnes âgées a également été souligné. En ce qui concerne la formation des agents sanitaires, il est important de former non seulement les médecins et les infirmiers/infirmières, mais aussi les dentistes, les pharmaciens et les autres agents sanitaires qui auront probablement des contacts plus fréquents que les médecins avec les personnes âgées.

Plusieurs délégués ont mis en avant la question des droits de l'homme pour les personnes âgées, qui sont parfois négligés dans les discussions portant sur les droits de

l'homme. L'accent a été mis sur le besoin de règlements et de normes de soins pour les personnes âgées. L'OPS pourrait aider les pays à élaborer ces normes. On peut citer parmi d'autres rôles importants pour l'Organisation : la dissémination de l'information et des bonnes pratiques; la promotion de la recherche, avec l'application de ses résultats aux programmes et politiques de santé et vieillissement; et le développement du marketing social et de stratégies de communication visant à promouvoir des comportements sains et à réduire les risques en santé. Un autre rôle important pour l'OPS est la facilitation de la coopération technique et d'initiatives conjointes entre les pays de la Région. Un délégué a suggéré que le Secrétariat pourrait envisager d'organiser un atelier après la conférence de Madrid pour préparer un plan d'action régional et établir les objectifs pour l'exécution du Plan d'action international sur le vieillissement 2002.

Une autre suggestion a été faite que le document pourrait être renforcé en y introduisant une information plus détaillée sur les indicateurs et les moyens de mesure utilisés dans l'étude à centres multiples mentionnée dans le document en question, et en précisant les liens entre santé des personnes âgées et facteurs tels que le sexe, les conditions socio-économiques et, plus particulièrement, la pauvreté. Un délégué a estimé que l'information sur les coûts-avantages dans la section sur les investissements dans les soins aux personnes âgées, était particulièrement intéressante et il a recommandé que cette information soit comprise dans les documents préparés par d'autres programmes, du fait que ce type de données est extrêmement utile pour les gouvernements et les analystes des politiques lorsqu'ils conçoivent les programmes et politiques de santé et s'assurent le soutien à ces programmes et politiques.

Le Dr Peláez a remercié le Sous-Comité de ses commentaires qui aideront à améliorer la prochaine version du document. Plusieurs délégués ont soulevé le problème de la pauvreté. Il est vrai que la pauvreté et la crainte de la pauvreté sont parmi les préoccupations les plus importantes des personnes âgées. De plus, la protection sociale des personnes âgées est souvent insuffisante ou inexistante dans la Région. Même si dans quelques pays les programmes de sécurité sociale n'ont pas cessé de s'étendre et que les générations futures peuvent compter sur une protection sociale plus grande pour leur vieillesse, les personnes âgées d'aujourd'hui sont nombreuses à n'avoir aucune sorte de couverture de sécurité sociale. Ce problème sera mis en relief dans le document révisé, de même que la question des droits de l'homme et le besoin de faire œuvre d'une sensibilisation et d'une appréciation plus grandes du rôle vital que jouent les personnes âgées dans la société. Par exemple, un nombre croissant de personnes âgées sont chef de foyer et assument la responsabilité de s'occuper des petits-enfants à cause de la migration ou du décès des parents par le SIDA ou d'autres causes. Les contributions des personnes âgées doivent être étayées par des documents et liées au besoin qui veut que la société prenne un meilleur soin de ses personnes âgées.

Le Directeur a souligné que non seulement les personnes âgées jouent un rôle important dans la conservation du tissu social, mais qu'elles peuvent également contribuer à la prospérité et à la croissance économique des pays. Les discussions sur la santé et la croissance économique ont eu tendance à porter sur la diminution de la mortalité infantile et l'allongement de l'espérance de vie, en ignorant le fait qu'à la fin d'un cycle de vie qui devient plus long, il y aurait des populations plus âgées. L'investissement destiné à conserver les personnes âgées en bonne santé réduirait les dépenses que font les sociétés en soins médicaux pour ce groupe d'âge et leur permettrait d'avoir une meilleure rentabilité provenant d'autres investissements dans des domaines comme par exemple l'éducation.

Plusieurs délégués ont mentionné le besoin de réorienter les services de santé pour tenir compte des personnes âgées. Réorienter les services de soins de santé primaires en vue d'enrayer les maladies et les incapacités qui affectent généralement les personnes âgées constitue une stratégie fondamentale de la promotion de la santé. De même, la participation des familles et de la communauté au maintien des personnes âgées en bonne santé et aux soins aux personnes âgées constitue l'une des clés de voûte de la promotion de la santé. Comme l'a fait remarquer le Sous-Comité, il faut des stratégies de communication sociale pour faire œuvre de sensibilisation et engager la communauté à promouvoir la santé des personnes âgées. Parallèlement, il est important d'éduquer les personnes âgées à s'occuper d'elles-mêmes. Le Sous-Comité est entièrement d'accord avec les délégués qui ont fait remarquer le besoin de promouvoir la santé pendant la durée du cycle de la vie afin de jouir d'une bonne santé pendant la vieillesse. En fait, la promotion de la santé doit commencer avant la naissance, car il est prouvé que les carences nutritionnelles ou des comportements maternels malsains peuvent avoir un impact durable sur la santé pendant toute la vie. La version révisée du document insistera sur ce point avec plus de vigueur.

***Stratégie régionale pour la réduction de la mortalité et la morbidité maternelles
(Document SPP36/8, Rév. 1)***

Le Dr Virginia Camacho (Conseiller régional, Initiative de réduction de la mortalité maternelle, OPS), a décrit la stratégie nationale visant à enrayer les décès maternels, réduire la morbidité maternelle et améliorer les soins aux mères avant, pendant et après la naissance des enfants. La mortalité maternelle demeure encore un grave problème de santé publique dans la Région des Amériques, en particulier parmi les mères adolescentes, les mères autochtones et les mères pauvres et marginalisées. En outre, les chiffres de la mortalité maternelle indiquent des inéquités très marquées entre les pays et entre différents groupes de population dans les pays. Relativement peu de progrès ont été accomplis dans le cadre du Plan d'action régional pour la réduction de la mortalité maternelle dans les Amériques, adopté par les États membres de l'OPS en 1990. Au niveau mondial, une évaluation de l'Initiative maternité sans risque en 1997–1998 a

observé une absence similaire de progrès. Par conséquent, le problème de la mortalité maternelle a fait l'objet d'une attention renouvelée dans les agendas internationaux de santé publique.

Des leçons très utiles ont été tirées au cours des douze années qui se sont écoulées depuis le lancement du Plan d'action régional. Les connaissances des causes de la mortalité maternelle se sont approfondies et des interventions effectives, basées sur les faits observés, ont été identifiées pour enrayer les décès maternels. La stratégie régionale de réduction de la mortalité et de la morbidité maternelles visait à traduire ces leçons en actions. En conséquence, la stratégie s'est efforcée de promouvoir des politiques et des directives publiques efficaces sur la maternité sans risque et la protection sociale des femmes; d'assurer l'accès à de bons services de santé reproductive, en particulier les soins obstétricaux essentiels et une assistance qualifiée à l'accouchement; d'accroître la demande publique de services de santé maternelle de qualité en donnant aux femmes, à leur famille et aux communautés les moyens requis et en les éduquant; de nouer des partenariats et des coalitions pour créer un environnement favorisant la maternité sans risque; de renforcer les systèmes de surveillance de la morbidité et la mortalité maternelles; et d'assurer le financement des services de santé reproductive dans la réforme du secteur de la santé. L'objectif de la stratégie consistait à atteindre le but mondial de réduire la mortalité maternelle de 75% (par rapport aux niveaux de 1990) en 2015 et, dans la Région, de réduire la mortalité maternelle à moins de 100 par 100.000 naissances vivantes dans tous les pays au cours des cinq années suivantes et de combler l'écart en matière d'équité dans le domaine de la mortalité et la morbidité maternelles.

Le Sous-Comité est d'accord sur le besoin d'une action décisive pour réduire les taux de mortalité maternelle dans la Région et il considère que la stratégie proposée constitue une approche solide pour sauver les vies des mères et des nouveau-nés. Le Sous-Comité convient également que les taux de mortalité maternelle, d'une ampleur disproportionnée parmi les femmes pauvres et déshéritées, représentent une des manifestations les plus marquantes de l'inéquité dans la santé, étant donné en particulier que la grande majorité des décès maternels parmi ces femmes est évitable. Il a été mis en évidence que l'accès à des soins de santé maternelle appropriés est une question qui relève des droits de l'homme et que les gouvernements ont une responsabilité d'assurer que toutes les mères reçoivent des services de santé d'une qualité acceptable, sans distinction de leur condition socio-économique ou de leur capacité à payer. La question de la qualité des soins est considérée d'une suprême importance, et plusieurs délégués ont souligné le besoin de porter les efforts tout autant sur la qualité des soins de santé maternelle que sur la quantité. Néanmoins, la pénurie d'assistance qualifiée à l'accouchement est citée comme un problème crucial, et l'augmentation du nombre d'accoucheuses et d'autres assistantes formées, dans les zones rurales en particulier, est considérée comme un élément essentiel pour remédier aux causes les plus communes de décès maternel. Il est tout aussi important d'apprendre aux femmes à reconnaître les

signes de danger et de les éduquer sur le besoin de bons soins prénatals et d'une assistance qualifiée à la naissance. A cet égard, un délégué a noté que dans des pays développés où les soins obstétriques professionnels sont largement disponibles, il y a des femmes qui choisissent de mettre leur enfant au monde à la maison avec une assistance non qualifiée ou sans aucune assistance.

Plusieurs délégués ont fait valoir le besoin d'améliorer le signalement et la surveillance des décès maternels, car des données complètes et précises sur les causes de la mortalité maternelle et sur les groupes de population les plus affectés sont essentielles pour formuler et cibler des interventions. L'accent mis par le document sur l'intervention de la communauté et la création d'environnements favorisant a reçu l'approbation des délégués. L'éducation des hommes de la communauté, spécialement les futurs pères, sur l'importance de bons soins de santé maternelle est considérée comme une stratégie essentielle pour encourager des environnements de soutien et inciter les femmes à demander et utiliser des services de qualité. Un délégué a fait remarquer que la mortalité maternelle doit être considérée comme un problème social qui requiert une action de la part de la société dans son ensemble. Il a suggéré qu'une manière de réussir à faire comprendre cet argument et de mobiliser le soutien aux efforts en vue de la réduction de la mortalité maternelle serait de réaliser des études pour indiquer les coûts économiques et l'impact social négatif des décès maternels et les coûts-avantages de l'amélioration des soins maternels. D'autres délégués ont suggéré qu'un autre moyen d'intensifier le soutien aux programmes de santé maternelle serait de les relier à d'autres programmes de santé, en particulier ceux destinés à lutter contre le VIH/SIDA, qui commence à contribuer de façon de plus en plus importante à la mortalité maternelle dans certains pays.

Des délégués ont exprimé leur préoccupation au sujet de certaines parties du contenu du document. Un délégué estime qu'il constituerait un document technique plus solide si les références aux barrières politiques à la gestion des complications de l'avortement et aux termes non mesurables tels que « l'impuissance des femmes », étaient soit définies spécifiquement soit carrément éliminées. Un autre délégué a attiré l'attention sur l'affirmation que les « épisiotomies sont des interventions inefficaces » et il a mis en garde contre la généralisation excessive. Alors qu'il faut éviter les épisiotomies de routine, il faut décider de la nécessité de la procédure au cas par cas, en tenant compte des faits observés dans le passé, des bonnes pratiques et des évaluations du risque pour chaque grossesse.

En réponse aux commentaires du Sous-Comité, le Dr Camacho a remercié les délégués d'avoir mis en avant plusieurs questions sur lesquelles elle ne s'était pas étendue dans sa présentation par manque de temps. L'une d'entre elles est le rapport entre le VIH/SIDA et la mortalité maternelle. De nombreuses causes directes de la mortalité maternelle sont en fait liées à l'infection par le VIH. Elle est d'accord que des approches programmatiques créatrices sont nécessaires pour utiliser au mieux les ressources en

abordant ces deux problèmes liés entre eux, et aussi d'autres causes indirectes de la mortalité maternelle telles que le paludisme et la tuberculose. Incontestablement, l'avortement est également une cause majeure de mortalité maternelle et un problème important de santé publique dans la Région. Des études ont indiqué que les complications liées à l'avortement sont la cause primordiale de décès maternel dans certains pays, bien qu'il soit difficile de déterminer l'ampleur du problème du fait que l'avortement est illégal dans de nombreux endroits. Alors que les efforts devraient tenter d'enrayer l'avortement, il est également essentiel de veiller à ce que le service ne soit pas refusé aux femmes à la recherche d'assistance médicale pour des complications de l'avortement. Ce que le document a voulu dire, c'est que la prestation de ces services fait partie intégrante des soins obstétricaux essentiels.

Femmes, santé et développement (Document SPP36/9)

Le Dr Marijke Velzeboer-Salcedo (Coordinateur, Programme femmes, santé et développement, OPS) a fait état du travail du Programme de l'OPS femmes, santé et développement (FSD), en particulier ses efforts pour identifier et éliminer les inéquités entre hommes et femmes qui affectent la santé des femmes, et promouvoir l'incorporation d'une perspective d'équité entre les sexes dans les politiques et les programmes de l'Organisation et de ses États membres. Le manque d'équité est défini comme étant les inégalités entre les hommes et les femmes qui sont inutiles, évitables et injustes. Dans le domaine de la santé, les inéquités entre hommes et femmes se traduisent souvent par un état de santé des femmes pire que celui des hommes, elles limitent leur accès aux services de santé et elles diminuent la qualité des soins de santé qu'elles reçoivent. Les inéquités entre hommes et femmes existent également au niveau de la prestation de soins de santé. Alors que les femmes représentent 80% du personnel de soins de santé, elles ont essentiellement des emplois à faible revenu et peu prestigieux. De plus, une grande part de la contribution des femmes à la santé de leur famille et de leur communauté n'est pas rétribuée.

Un des objectifs centraux du Programme est de réduire les inéquités entre hommes et femmes. A cette fin, il a identifié cinq domaines stratégiques d'intervention : 1) introduire une perspective d'équité entre les sexes dans l'analyse de la situation de la santé pour cibler plus efficacement les politiques et les programmes; 2) suivre l'effet des politiques de la santé et des processus de réforme liés à l'égalité des sexes dans le domaine de la santé; 3) formuler et appliquer des modèles qui remédient aux inéquités entre les sexes dans la santé d'une manière intégrée; 4) appuyer les activités à grand rayon d'action avec des stratégies d'information, d'éducation et de communication et des matériels de plaidoyer et de formation; et 5) incorporer la perspective d'équité entre les sexes dans les politiques et les programmes de l'OPS et des États membres. Le document fait état de quelques-unes des activités entreprises dans ces domaines. En ce qui concerne le troisième domaine, le Dr Velzeboer-Salcedo a souligné le modèle intégré destiné à

remédier à la violence basée sur le genre, exécuté par le Programme FSD dans dix pays de la Région. Dans le quatrième domaine, elle a attiré l'attention sur la dissémination de l'information du Programme et les activités de formation par l'intermédiaire de son site web GENSALUD et sa bibliothèque virtuelle. Elle a conclu en faisant remarquer que le centenaire de l'OPS donnerait une excellente occasion à l'Organisation et aux États membres de renouveler leur engagement à combler l'écart en matière de santé entre les hommes et les femmes dans les Amériques. Des progrès importants peuvent être accomplis en ce sens en appliquant les recommandations faites par le Sous-Comité de l'OPS sur les femmes, la santé et le développement et les conférences internationales et accords divers sur les femmes et les droits des femmes. Le document cite les recommandations principales relatives au genre et à la santé.

Le Sous-Comité a exprimé son soutien résolu au travail du Programme et s'est félicité de l'engagement de l'OPS à réduire les inégalités entre les sexes dans le domaine de la santé. Il a également fait l'éloge des réalisations qui ont intensifié la parité des sexes à l'intérieur de l'Organisation et de ses efforts pour incorporer une perspective d'équité entre les sexes dans toutes ses politiques et programmes de santé. Plusieurs délégués ont indiqué que leur gouvernement avait adopté des approches transversales similaires et appliquaient la perspective d'équité entre les sexes dans leurs programmes et leurs services, plutôt que par l'entremise de programmes spécifiques sur la santé des femmes. Les délégués ont aussi souligné le besoin d'un engagement ferme de la société civile et des gouvernements afin de réduire les inégalités entre hommes et femmes qui affectent la santé des femmes et ils ont fait remarquer que cet engagement doit se manifester au moyen de l'affectation des ressources nécessaires. Le Sous-Comité a accueilli avec satisfaction la reconnaissance par le programme de l'importance de répondre également aux besoins de santé spécifiques des hommes et de les impliquer dans les problèmes de santé reproductive. A cet égard, il a été suggéré que le nom du Programme soit changé et qu'il devienne « Programme genre, santé et développement. »

Les stratégies et activités préconisées par le Programme pour promouvoir une égalité plus grande entre les sexes sont considérées appropriées et utiles. A titre d'activité supplémentaire, il a été suggéré que le Programme FSD favorise la formulation et le développement d'alternatives destinées à réduire le fardeau plus lourd de soins imposé aux femmes en conséquence des transitions épidémiologiques et démographiques en cours dans la Région. Le vieillissement de la population et la montée de la prévalence des maladies chroniques signifient que les femmes sont de plus en plus appelées à prendre soin au foyer des membres âgés et des malades de la famille, souvent avec un soutien réduit du système de soins de santé. La réforme du système de santé devrait tenir compte de ces besoins et y remédier. Plusieurs délégués ont félicité le Programme pour ses tentatives de quantifier la contribution non rémunérée des femmes aux soins de santé et ont demandé un supplément d'information sur des méthodologies possibles visant à inclure ce travail non rémunéré dans les comptes nationaux de la santé. En ce qui

concerne la promotion de la recherche, il a été observé que pour révéler les inéquités entre les sexes, la recherche en santé devrait se focaliser sur des maladies communes aux hommes et aux femmes, du fait que la recherche portant exclusivement sur les conditions qui se produisent chez les femmes révélerait probablement à un niveau moindre les disparités des soins en fonction du sexe. Pour ce qui est de l'incorporation d'une perspective d'équité entre les hommes et les femmes dans l'analyse de la situation de la santé, un délégué a noté que la ventilation des données par genre ne constitue que la première étape. Il faut également une analyse contextuelle pour révéler les différences liées au genre.

Alors que le document a fait un bon travail de présentation de la série de problèmes liés au genre qui affectent la santé des femmes et leur accès aux soins, le Sous-Comité estime qu'il pourrait être renforcé de différentes façons. Plusieurs délégués ont recommandé que le Programme examine à nouveau la définition des inéquités étant « ces inégalités entre les hommes et les femmes qui sont inutiles, évitables et injustes, » car il est difficile de concevoir des inégalités qui sont nécessaires ou justes. De même, les termes « genre », « inéquités entre les sexes », « inéquités dans la santé » et « déterminants de la santé des genres » devraient être précisés. Une phrase du document concernant l'égalité des sexes dans les soins de santé est considérée particulièrement problématique car elle semble suggérer que le degré d'égalité des sexes en santé est lié à la capacité de payer pour les services. Cette idée semble différer de l'initiative de l'Organisation consistant à promouvoir la protection sociale en santé, qui souligne le besoin d'étendre l'accès égal aux services de santé sans distinction de la capacité à payer. En outre, il est bien connu que les systèmes de financement des soins de santé ont tendance à discriminer les femmes en raison de leur besoin éventuel plus grand des services de santé reproductive. La définition du genre semble également porter à confusion car elle semble impliquer que l'interprétation sociale ne provient uniquement que des différences biologiques entre les hommes et les femmes. Également plusieurs données ne sont pas claires ou portent à confusion.

Le Dr Velzeboer-Salcedo a indiqué que le Programme se chargerait de préciser les concepts et autres sources de confusion dans le document. En particulier, la section sur l'égalité des sexes dans les soins de santé devra être retravaillée pour préciser la question de la capacité à payer. Le Programme n'a certainement pas voulu impliquer que l'accès aux services de soins dépend de la capacité à payer. En ce qui concerne la définition des inéquités, elle a noté que certaines inégalités entre les hommes et les femmes devraient en fait être considérées comme justes et que dans certains cas, une inégalité moindre devrait être le reflet d'inéquités. Un exemple en est la différence de l'espérance de vie entre les deux sexes. Étant donné que les femmes vivent généralement plus longtemps que les hommes, là où la différence dans l'espérance de vie est minimale, il existe généralement des inéquités liées au genre. Elle convient que l'engagement des ressources est essentiel, mais si ces ressources n'ont pas encore été accordées, il convient

de persuader les gouvernements du besoin d'investir dans la réduction des inéquités entre les sexes. C'est pourquoi le Programme met l'accent sur la production de l'information basée sur les faits observés et sur l'inclusion d'indicateurs de genre dans les comptes nationaux de la santé. En ce qui concerne l'établissement de méthodologies pour mesurer la valeur du travail non rémunéré des femmes dans le secteur de la santé, le Programme prend les premières mesures en ce sens. Une réunion récente au Chili avec des autorités gouvernementales et du personnel d'autres agences du système des Nations Unies a examiné cette question, et le personnel du programme FSD commencera à travailler bientôt avec le gouvernement cubain pour quantifier la contribution non rémunérée des femmes à la santé.

Le Directeur fait état de la difficulté inhérente à la mesure de la valeur du travail non rémunéré. Du fait que ce travail n'implique pas des transferts monétaires, il est très difficile de le comptabiliser dans le produit national brut. Si l'évaluation de la valeur du travail non rémunéré dans les comptes nationaux est chose difficile, estimer la valeur du travail non rémunéré des femmes dans les comptes nationaux de la santé l'est encore davantage.

En ce qui concerne la question de la parité des sexes au sein de l'OPS, il est fier des progrès accomplis par l'Organisation, mais il n'est pas entièrement satisfait. Maintenant, les femmes occupent 45% des positions cadres. L'Organisation ne sera probablement jamais en mesure d'atteindre et de maintenir une parité véritable car les proportions d'hommes et de femmes seront toujours fluctuantes. Mais il préférerait quand même que la proportion de femmes tourne autour de 50% plutôt que de 45%. Même si les cadres féminins demeurent principalement concentrés dans les positions de niveau plus bas, il prétend que ceci n'est pas nécessairement un mal. Il estime que ce serait une erreur et un mauvais service rendu aux femmes de les promouvoir à des postes plus élevés simplement du fait qu'elles sont des femmes. Au fur et à mesure qu'elles acquièrent de l'expérience, il ne doute pas que les femmes de l'OPS grimperont les échelons et occuperont éventuellement des positions de gestion plus importantes, tout comme l'ont fait leurs homologues masculins.

Quant au changement proposé de nom du Programme, il a été suggéré précédemment que le terme « femmes » devrait être remplacé par le terme « genre » mais il s'est toujours opposé à l'idée car il estime qu'il est nécessaire de continuer à axer les efforts sur la discrimination qui frappe les femmes. Elle demeure la forme prédominante de discrimination basée sur le genre. Ce ne sera que lorsqu'il y aura une « égalité de discrimination » envers les hommes et les femmes qu'il consentira à changer le nom du Programme.

Il y a un domaine dans lequel la discrimination envers les femmes est particulièrement évidente : celui de la mortalité maternelle. Il n'a pas parlé au cours des

discussions précédentes du Sous-Comité sur ce sujet, mais il croit fermement que la mortalité féminine est une expression de l'inégalité des genres et que la façon dont de nombreuses femmes ont été traitées pendant l'accouchement est une des manifestations les plus évidentes de la discrimination entre sexes. De même, le traitement que reçoivent les femmes pour certaines maladies exprime cette discrimination. Il a été prouvé par exemple que les femmes qui souffrent d'un infarctus du myocarde sont traitées de façon moins agressive que les hommes. Par conséquent, il est d'accord avec les délégués qui ont fait remarquer que la recherche devrait porter sur les conditions qui en théorie affectent les deux sexes de la même manière, parce que ce sont ces conditions qui révèlent l'existence d'inéquités dans les soins. Un autre exemple qui exprime la discrimination envers les femmes est un tableau du document qui montre l'usage des services de santé par quintiles de revenu. Le tableau met bien en évidence le fait que les femmes souffrent davantage d'épisodes de maladie au cours de leur vie et ont tendance à utiliser les services de santé davantage que ne le font les hommes. Toutefois, le tableau indique que les femmes des quintiles supérieurs de revenu — pour lesquelles la capacité à payer n'est pas un obstacle d'importance — ont eu un recours aux services de santé à peine plus important que les hommes. Il y a un autre exemple qui montre comment une inégalité moindre pourrait indiquer des inéquités de genre. Il est d'accord que la ventilation des données par sexe n'est que le premier pas vers l'analyse des inéquités de genre, mais c'est un pas terriblement important. Les données telles que celles de l'usage des services de santé révèlent des différences dans les sexes qui ont permis aux analystes de comprendre quand les inégalités deviennent des inéquités.

Réponse de la santé publique aux maladies chroniques (Document SPP6/10)

Le document sur ce thème a été préparé conjointement par le Secrétariat et le Gouvernement de la Jamaïque. Il a été présenté au Sous-Comité par le Dr Deanna Ashley (Directrice de la promotion et de la protection de la santé, Ministère de la Santé, Jamaïque) et le Dr Sylvia Robles (Coordinatrice, Programme des maladies non transmissibles, OPS). Le Dr Ashley a commencé par une revue de la situation des maladies chroniques non transmissibles (MNT) dans les Amériques. Les MNT constituent une cause majeure de décès et d'incapacité dans la majorité des pays. Dans l'ensemble, dans la population âgée de moins de 70 ans, les MNT sont la cause de 44% des décès chez les hommes et de 45% chez les femmes. Les maladies cardiovasculaires sont la cause principale de la mortalité prématurée dans la Région. La comorbidité constitue également un problème important, car entre 30 et 60% de la population souffrent de deux de ces maladies ou davantage. De plus, les facteurs de risque des MNT, tels que l'obésité, l'inactivité, le taux élevé de cholestérol et le tabagisme sont à la hausse, en particulier parmi les jeunes. Avec le vieillissement de la population, les MNT deviennent encore plus prévalentes.

Cette situation a des implications potentiellement dévastatrices sur les individus, les familles et les économies. Des études récentes en Jamaïque ont indiqué par exemple que 59% des personnes souffrant de MNT sont exposées au risque d'indigence médicale en raison du coût élevé du traitement de ces maladies et de l'incapacité qu'elles provoquent, qui fait que les gens sont incapables de travailler. Les MNT sont clairement un problème majeur de santé publique. Ce problème préconise une réponse globale de la santé publique qui s'efforcera de promouvoir la santé et d'enrayer et de contrôler les MNT. Dans les Caraïbes anglophones, la Coopération caraïbe en santé a établi un plan qui met en relief deux stratégies principales: l'établissement d'une politique publique et d'alliances et de partenariats qui sont des aspects cruciaux d'une approche efficace de la santé publique. L'enjeu de l'OPS consiste à faciliter la formulation et l'exécution de stratégies et de programmes destinés à lutter contre les MNT dans la Région, promouvoir le développement de politiques et partenariats publics, et mobiliser et distribuer les ressources pour assurer que les MNT reçoivent l'attention prioritaire qu'elles méritent.

Le Dr Robles a décrit l'approche de la santé publique préconisée par l'OMS, qui combine des activités de promotion de la santé destinées à remédier aux déterminants des maladies, avec des stratégies de soins de santé destinées à réduire le fardeau économique des soins des MNT et à améliorer les résultats. Une revue récente de programmes réussis visant à enrayer et contrôler les maladies chroniques a établi que trois lignes d'action simultanée sont requises : 1) un renforcement des politiques pour lever les barrières et faciliter l'exécution des stratégies destinées à enrayer et contrôler les MNT; 2) une action communautaire locale, en particulier la création de coalitions afin de rassembler les ressources pour la réalisation de buts communs et la mobilisation du soutien de groupes clés qui travaillent à la promotion de la santé dans la communauté; et 3) des services de santé adaptés, qui ont incorporé la prévention et les soins à long terme et utilisent les ressources communautaires pour appuyer la gestion autonome et les soins aux personnes souffrant de maladies chroniques. Le document offre des exemples de la façon dont ces lignes d'action sont appliquées à bonne fin.

Actions pour la réduction multifactorielle de maladies non transmissibles, réseau de programmes communautaires, connu sous son acronyme en espagnol CARMEN, est une composante clé de la stratégie régionale. Une initiative connexe dans les Caraïbes est le Programme d'intervention sur le mode de vie dans les Caraïbes appelé CARLI. CARMEN est l'un des six réseaux régionaux à l'œuvre dans chacune des régions de l'OMS. Ces réseaux offrent des possibilités d'évaluer l'efficacité des interventions, d'échanger des expériences entre pays et une formation. D'autres composantes de la stratégie de l'OPS sont la surveillance des facteurs de risque et des maladies pour guider l'action, des modèles novateurs de soins aux maladies chroniques et un plaidoyer pour un changement de politique. Le document cite également des activités entreprises dans ces domaines.

Le Dr Robles a terminé en remerciant le Gouvernement de la Jamaïque et les autres homologues des Caraïbes qui ont aidé à concevoir la réponse régionale aux maladies chroniques non transmissibles.

Le Sous-Comité a approuvé les stratégies et l'approche de la santé publique décrites dans le document. Les approches intégrées comme CARMEN qui traitent les facteurs à risques multiples et les déterminants des MNT sont particulièrement utiles. Le Sous-Comité convient également que les MNT n'ont généralement pas reçu l'attention qu'elles méritaient, peut-être parce qu'elles étaient considérées comme moins « séduisantes » que certaines maladies transmissibles et parce que l'ampleur du problème n'était pas reconnue. L'information telle que celle présentée dans le document sur le fardeau économique des MNT et le coût-avantage d'interventions préventives constituent des instruments précieux pour faire œuvre de sensibilisation auprès des responsables des politiques et des décideurs sur le besoin d'entreprendre des actions pour endiguer la prévalence à la hausse des maladies chroniques. De même un plus grand effort est requis pour accroître le montant de l'aide au développement mis à disposition pour la prévention et des initiatives de contrôle des MNT. A cet égard, il a été suggéré que la prochaine version du document décrive ce qui a été fait par rapport aux MNT dans le cadre de l'Agenda commun pour la Santé dans les Amériques OPS, Banque mondiale et Banque interaméricaine de Développement. Il a été également suggéré que le document pourrait être renforcé grâce à l'inclusion de statistiques spécifiques qui serviraient à illustrer l'urgence du problème.

Plusieurs délégués ont noté les interactions entre ce sujet et d'autres discutés par le Sous-Comité, notamment la santé et le vieillissement et l'extension de la protection sociale dans la santé. Les données du document sur le dernier sujet sont en corrélation étroite avec les données de l'indigence médicale et l'exclusion des soins présentées dans le document sur les maladies chroniques. Une suggestion a été faite que dans la prochaine version du document, cette information soit approfondie et que la relation entre résultats de la santé et financement des services de santé et accès à ces services soit précisée. Le document devrait aussi souligner le besoin de mesures et d'approches normalisées pour permettre de faire des comparaisons entre pays.

Le Sous-Comité a mis en avant le besoin de commencer à enrayer les MNT dès le tout début de la vie, au moyen d'activités de promotion de la santé visant à empêcher les enfants de contracter des habitudes nocives telles que le tabac et à les encourager à adopter des régimes alimentaires sains et des modes de vie actifs. A cette fin, le renforcement de la capacité des services de soins de santé primaires pour la prévention et le contrôle des MNT est considéré essentiel. Plusieurs délégués ont souligné le besoin de tirer des renseignements des interventions réussies ou non. Il faut intensifier la recherche pour mieux comprendre les facteurs de risque des MNT et les types d'activités de promotion de la santé qui sont les plus efficaces pour les enrayer et les contrôler. Un

délégué a proposé qu'il serait utile de préparer un condensé d'études de cas afin d'identifier les bonnes pratiques. Le partage de l'information et la coopération technique entre les pays sont également considérés comme des stratégies utiles, tout comme l'intervention communautaire et l'action multisectorielle. L'Initiative panaméricaine de l'hypertension et l'Initiative canadienne de la santé cardiaque sont cités comme de bons exemples de collaboration intersectorielle efficace et d'action communautaire. Il a été suggéré que des présentations spéciales pourraient être faites au cours de la réunion du Comité exécutif en juin pour partager l'information sur des expériences réussies comme celles-ci.

Le Dr Robles a estimé que cette suggestion était excellente. L'idée de préparer un condensé d'études de cas est également excellente. Le matériel pourrait facilement provenir de l'initiative CARMEN, qui a déjà produit une information substantielle sur les stratégies et interventions destinées à réduire les MNT. En ce qui concerne les évaluations de l'efficacité des interventions, pendant le deuxième semestre 2002, le Programme des maladies non transmissibles s'intégrerait dans un effort global faisant intervenir CARMEN et les cinq autres réseaux régionaux pour établir un cadre d'évaluation qui serait appliqué dans différents contextes et qui ferait apparaître les variations entre pays et dans les pays. Elle est d'accord sur le fait que des mesures normalisées sont essentielles. Même si les détails ne sont pas compris dans le document, le Programme a examiné des enquêtes de facteurs de risque effectuées dans la Région et a élaboré quelques normes de mesure. Les résultats de cet exercice ont été publiés dans la parution de novembre 2001 du *Pan American Journal of Public Health*. L'objectif était de disposer de méthodologies et d'indicateurs plus concordants afin d'obtenir des données comparables et d'être en mesure d'identifier les tendances, élément essentiel pour reconnaître les populations à risque. Le Programme œuvre également à l'obtention de données de tous les pays afin d'avoir une idée plus précise de l'ampleur du fardeau des maladies chroniques.

Le Directeur a fait remarquer que l'approche publique des MNT ne produira pas des résultats du jour au lendemain. Réduire le fardeau des maladies chroniques sera un processus long et difficile. Il faudra des années, par exemple, pour mettre en place des politiques publiques traitant ou influençant la prévalence des facteurs de risque ou pour persuader les gens d'adopter des comportements sains. De plus, l'impact des politiques et des activités de promotion de la santé ne sera pas immédiatement apparent. Des approches comme CARMEN peuvent être extrêmement efficaces, mais les appliquer n'est pas tâche facile. S'il est déjà suffisamment difficile de s'attaquer à un facteur unique de risque comme l'obésité, concevoir des interventions portant simultanément sur de multiples facteurs devient un défi monumental. Également, il est intrinsèquement difficile de mesurer le fardeau économique des MNT. L'analyse du coût de la maladie est complexe, même dans le cas de maladies transmissibles, pour lesquelles la période de maladie a un début et une fin bien définis. Les maladies non transmissibles peuvent durer

toute la vie, ce qui rend l'analyse de leur coût véritable extrêmement difficile. Ces obstacles doivent être reconnus, mais ils ne doivent certainement pas dissuader les efforts pour lutter contre l'épidémie de MNT dans la Région.

En ce qui concerne la possibilité de présentations par les pays de leurs expériences en matière d'initiatives de MNT, il est d'accord qu'il s'agit là d'une bonne suggestion. Il propose toutefois qu'une session spéciale soit organisée à cette fin en dehors des heures normales de travail du Comité exécutif afin d'éviter de surcharger l'ordre du jour du Comité.

Centres panaméricains (Document SPP36/11)

M. Roberto Rivero (Office de l'analyse et de la planification stratégique, OPS) a résumé le document sur ce thème, qui a été examiné par le Sous-Comité à la demande du Comité exécutif. Il a commencé par revoir la définition du « centre multinational » établi par la 18^e Conférence sanitaire panaméricaine en 1979 et a précisé la distinction entre Centres de collaboration et Centres panaméricains. La principale différence est que les Centres de collaboration ne reçoivent pas nécessairement un soutien financier de l'OPS ou de l'OMS et qu'ils sont administrativement indépendants du Secrétariat de l'OPS. Alors que l'OMS a rejeté l'idée de créer des institutions de recherche sous ses propres auspices, l'OPS a choisi d'établir les Centres panaméricains comme des véhicules destinés à assurer la coopération technique, disséminer l'information et encourager la recherche et la formation dans les pays en développement pour renforcer la capacité scientifique et technique locale. Cette décision a été motivée par trois facteurs principaux : disponibilité de ressources humaines qualifiées dans la Région; carence relative d'institutions solides de recherche, de formation et de coopération techniques; et existence d'un intérêt et d'un appui politique marqués des États membres. Treize centres ont été établis entre 1949 et 1991, dont huit continuent à fonctionner aujourd'hui. Le document cite ces centres et les classe par catégories.

Au fil des ans, les Centres panaméricains ont introduit plusieurs innovations qui les distinguent d'autres institutions internationales dans les Nations Unies et les systèmes interaméricains. Ils utilisent notamment du personnel international et national et ils nouent des liens avec le secteur privé, dans certains cas en vendant leurs services et leurs produits. Le financement a longtemps été le talon d'Achille des centres, et les Organes directeurs ont exprimé à maintes reprises leur préoccupation à propos de leur viabilité financière. A plusieurs occasions, les Organes directeurs ont donné des conseils sur les fonctions et les opérations des centres et ont établi des critères pour juger de leur performance. En 1978 la Conférence sanitaire panaméricaine a établi qu'ils devaient être considérés comme partie intégrante du programme de l'OPS et comme un moyen de réaliser les objectifs du programme. Des critères supplémentaires approuvés en 1989 ont fourni un cadre pour l'évaluation de l'efficacité constante des centres comme modalité de

coopération technique. Le document décrit la situation des Centres panaméricains existants par rapport à ces critères.

Le Sous-Comité a accueilli avec satisfaction l'occasion de discuter du travail des centres et de réfléchir sur ce que devrait être leur rôle à l'avenir. La valeur de la contribution des centres à la recherche et au développement des ressources humaines dans la Région a été mise en relief. Il a été rappelé que les centres jouent un rôle vital en aidant les petits pays à entreprendre des activités qu'ils ne pourraient accomplir par eux-mêmes par manque de capacité et de ressources. Le rôle critique du Centre d'épidémiologie des Caraïbes (CAREC) soutenant les programmes nationaux sur le VIH/SIDA, la tuberculose et d'autres maladies infectieuses a été souligné en particulier. Le Sous-Comité affirme néanmoins le besoin de réexaminer régulièrement l'efficacité et la viabilité des centres à la lumière des réalités politiques, financières et techniques du moment. Dans le contexte actuel de pressions budgétaires, une analyse critique des centres est considérée comme particulièrement ponctuelle et importante.

Alors que les délégués ont estimé que le document offrait une bonne perspective historique des Centres panaméricains, ils ont noté qu'il ne contenait pas une information suffisante pour permettre un examen en profondeur des nombreux points soulevés. Par exemple, en ce qui concerne le financement, le document ne donne pas beaucoup de données brutes qui permettraient aux Organes directeurs d'entreprendre une analyse coûts-avantages des activités de chaque centre ou de leurs contributions à la recherche et à la formation de ressources humaines. Il serait également souhaitable de disposer d'une information plus spécifique sur les produits et les budgets des centres. Même si le document souligne que les centres font partie intégrante des programmes de coopération technique de l'OPS, il n'analyse pas la façon dont ils s'insèrent dans les stratégies et plans de travail des diverses divisions techniques, ni la façon dont les centres ont contribué à l'accomplissement des objectifs des divisions. Une information détaillée de ce type est essentielle pour que les Organes directeurs puissent prendre des décisions en connaissance de cause et équitables sur les centres, et elle devrait être comprise dans la prochaine version du document si ce thème doit être soumis au Comité exécutif.

Les critères de 1989 cités dans le document sont considérés comme des normes valables pour évaluer l'utilité continue des centres. Un délégué a observé que l'un des critères primordiaux de l'établissement des priorités relatives aux centres, devrait être la mesure dans laquelle la santé humaine est affectée par un déterminant particulier. En fonction de ce critère, il se demande s'il convient que le Centre panaméricain de la fièvre aphteuse (PANAFTOSA), qui s'occupe essentiellement de la santé animale, continue à fonctionner sous les auspices de l'OPS. Plusieurs délégués ont fait part de leur soutien à la vente de services comme moyen d'asseoir les centres sur une base financière plus solide et de réduire leur recours au budget régulier de l'Organisation. Ils ont toutefois souligné également le besoin de prudence et d'un suivi étroit pour éviter des conflits

d'intérêt et assurer que cette forme de création de recettes n'incite pas les centres à s'écarter de leur mandat essentiel qui consiste à protéger et améliorer la santé humaine. La flexibilité, la créativité et la capacité de s'adapter à l'évolution des besoins des pays sont considérées essentielles pour la survie des centres. Des délégués ont attiré l'attention sur le besoin d'étudier des options et modèles nouveaux de coopérations technique, dont la création de « centres virtuels » et la formation de réseaux de collaboration.

M. Rivero a fait remarquer que la question des centres est une question très politique. Comme le document l'indique, dans les années 1980 il y a eu une tentative de début de désengagement de l'Organisation des centres, mais peu de progrès ont été accomplis dans ce sens car les États membres et d'autres parties prenantes se sont opposés à cette idée. Il estime que les Organes directeurs ont été extrêmement judicieux quand ils ont décidé de considérer les centres individuellement, au cas par cas, plutôt que de procéder à une élimination en masse de tous les centres. La Résolution CSP20.R31, adoptée en 1978, préconisait des évaluations régulières de chaque centre. Actuellement, le Centre panaméricain de génie sanitaire et des sciences de l'environnement (CEPIS) fait l'objet d'une évaluation en termes de son utilité, de son efficacité et de sa productivité. Les commentaires des délégués concernant l'analyse coûts-avantages et l'évaluation de l'impact des centres sont bien fondés. Toutefois, même si l'évaluation de l'impact des centres peut se faire, il a prévenu que le processus serait long et onéreux. En réponse à la question relative à PANAFTOSA, il a fait remarquer qu'à la fin des années 1970, l'Organisation avait étudié la possibilité de transférer la responsabilité de ce centre à l'Institut interaméricain de Coopération en Agriculture (IICA) et/ou à l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture. Toutefois, cet effort a été sans suite parce que les autres organisations n'ont pas voulu ou n'ont pas été en mesure d'absorber le coût de fonctionnement de l'Institut.

Le Directeur a indiqué que les ministres de la santé et de l'agriculture ont réaffirmé à maintes reprises l'importance cruciale du travail de PANAFTOSA et de celui de l'Institut panaméricain pour la protection alimentaire et la lutte contre les zoonoses (INPPAZ), en raison de l'impact indéniable des zoonoses et de la protection alimentaire sur l'économie et la santé humaine.

Le point du Sous-Comité concernant le besoin de flexibilité est très juste. En fait, les centres ont fait preuve d'une flexibilité et d'une capacité d'adaptation remarquables au fil des ans, en modifiant leurs fonctions et activités en réponse à l'évolution des besoins et à l'évolution de la technologie. De plus, certains centres ont été fermés quand on a réalisé que leurs fonctions faisaient double emploi ou qu'ils n'étaient plus nécessaires du fait que les pays avaient acquis une expertise suffisante au niveau national pour s'acquitter eux-mêmes de ces fonctions.

Il a souligné que les centres doivent être considérés comme un aspect essentiel de la coopération technique de l'Organisation. Comme l'a fait remarquer la discussion du Sous-Comité, certains centres assurent des services qui ne sont pas fournis ailleurs. Les éliminer signifierait la disparition de ces services, ce qui constituerait certainement un handicap pour les pays qui font appel à leur coopération technique. Il est vrai que pour quelques centres, le financement est un problème persistant. Toutefois, il soutient que c'était une erreur de conception de penser que les centres seraient financièrement autosuffisants. Il n'a jamais été question qu'ils soient autosuffisants, tout comme les divisions et les programmes techniques de l'Organisation ne sont pas autosuffisants. En outre, la situation financière de plusieurs centres s'est remarquablement améliorée au cours des dernières années à mesure que s'est accrue leur collecte d'évaluations. Il estime que les pays apprécient le travail des centres et sont disposés à les soutenir, même si leur situation financière interne pose parfois des difficultés. Les centres reçoivent également des montants croissants de financement extrabudgétaire. Néanmoins, le Secrétariat fait très attention à assurer que le financement de sources externes ou la vente de services n'incitent pas les centres à s'écarter des orientations du programme de coopération technique approuvé par les États membres.

Il n'est pas d'accord avec le point de vue que l'Organisation doit continuer à subir des contraintes budgétaires. Il y a un soutien croissant au multilatéralisme, en particulier à la suite des attaques terroristes de septembre 2001. Il prévoit un recours accru aux approches multilatérales et par conséquent, un soutien accru aux institutions multilatérales comme l'OPS.

Quant à la question de savoir si ce thème doit être présenté au Comité exécutif, il estime qu'il serait plus utile d'examiner un seul centre dans le détail, plutôt que d'engager une discussion générale portant sur tous les centres. Le rapport de l'évaluation du CEPIS devrait être terminé au moment de la réunion du Comité exécutif, et il propose par conséquent que le Comité porte son attention sur ce centre là.

Autres questions

En sa qualité de Délégué du Salvador, le Président a présenté au Directeur une plaque commémorative en appréciation du travail de l'Organisation et de sa contribution personnelle à l'amélioration de la santé des habitants du Salvador. Le Dr Alleyne a répondu qu'il était très honoré d'avoir le privilège de servir les pays des Amériques.

Le Directeur a annoncé qu'une cérémonie et une réception auraient lieu pendant l'Assemblée mondiale de la Santé en mai pour marquer le centenaire de l'OPS.

Clôture de la session

Le Directeur a exprimé au Président son appréciation pour la manière adroite et opportune avec laquelle il a dirigé la session et il a remercié les délégués de leur participation enthousiaste aux discussions et de leurs observations pointues sur les documents et les présentations.

Le Président a dit que c'était pour lui un honneur de présider la session et a remercié tous ceux qui avaient contribué à son succès. Il a ensuite déclaré la clôture de la 36^e session.

ORDRE DU JOUR

1. Ouverture de la session
2. Élection du Président, Vice-Président, et Rapporteur
3. Adoption de l'ordre du jour et du programme des séances
4. Évaluation des orientations stratégiques et programmatiques 1999-2002
5. Plan stratégique pour le Bureau sanitaire panaméricain correspondant à la période 2003-2007
6. Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant
7. Protection sociale élargie en santé : une initiative conjointe de l'Organisation panaméricaine de la Santé et de l'Organisation internationale du Travail
8. Santé et vieillissement
9. Stratégie régionale pour la réduction de la mortalité et morbidité maternelles
10. Femmes, santé et développement
11. Santé publique : la réponse aux maladies chroniques
12. Centres panaméricains
13. Autres questions

LISTE DE DOCUMENTS

SPP36/1, Rév. 1 SPP36/WP/1	Adoption de l'ordre du jour et du programme des séances
SPP36/3	Évaluation des orientations stratégiques et programmatiques 1999-2002
SPP36/4	Plan stratégique pour le Bureau sanitaire panaméricain correspondant à la période 2003-2007
SPP36/5	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant
SPP36/6	Protection sociale élargie en santé : une initiative conjointe de l'Organisation panaméricaine de la Santé et de l'Organisation internationale du Travail
SPP36/7	Santé et vieillissement
SPP36/8, Rév. 1	Stratégie régionale pour la réduction de la mortalité et morbidité maternelles
SPP36/9	Femmes, santé et développement
SPP36/10	Santé publique : la réponse aux maladies chroniques
SPP36/11	Centres panaméricains

**LIST OF PARTICIPANTS
LISTA DE PARTICIPANTES***

**Members of the Subcommittee
Miembros del Subcomité**

***Canada
Canadá***

Mr. Nick Previsich
Senior Scientific Advisor
International Affairs Directorate
Health Canada
Ottawa

Ms. Jodi Lynn Brown
Senior Policy Analyst
International Affairs Directorate
Health Canada
Ottawa

Chile

Dra. Raquel Child
Jefa de la Oficina de Cooperación
y Asuntos Internacionales
Ministerio de Salud
Santiago

Cuba

Dr. Antonio D. González Fernández
Director de Relaciones Internacionales
Ministerio de Salud Pública
La Habana

Sra. Marisabel de Miguel
Segunda Secretaria
Sección de Intereses de Cuba
Washington, D.C.

* Disponible seulement en anglais et espagnol

Members of the Subcommittee (cont.)
Miembros del Subcomité (cont.)

El Salvador

Dr. José Francisco López Beltrán
Ministro de Salud Pública y Asistencia Social
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
San Salvador

Guyana

Dr. Rudolph O. Cummings
Chief Medical Officer
Ministry of Health and Labour
Georgetown

Honduras

Dr. Humberto Cosenza Jiménez
Secretario Ejecutivo de Cooperación Técnica
Secretaría de Estado en el Despacho de Salud
Tegucigalpa

United States of America
Estados Unidos de América

Mr. William Steiger
Special Assistant to the Secretary for International Affairs
Department of Health and Human Services
Washington, D.C.

Members of the Subcommittee (cont.)
Miembros del Subcomité (cont.)

United States of America (cont.)
Estados Unidos de América (cont.)

Mr. Richard S. Walling
Director, Office for the Americas and Middle East
Office of Global Health Affairs
Department of Health and Human Services
Washington, D.C.

Ms. Ann S. Blackwood
Director for Health Programs
Bureau of International Organization Affairs
Department of State
Washington, D.C.

Ms. Mary Lou Valdez
Associate Director for Multilateral Affairs
Department of Health and Human Services
Washington, D.C.

Ms. Carol J. Dabbs
Population, Health, and Nutrition Team Leader
Office for Regional Sustainable Development
Bureau For Latin America and the Caribbean
U.S. Agency for International Development
Washington, D.C.

Mr. Thomas Cooney
Foreign Affairs Officer
Bureau of International Organization Affairs
Department of State
Washington, D.C.

Uruguay

Sr. Jorge Seré Sturzenegger
Ministro Consejero, Representante Alterno
Misión Permanente del Uruguay ante la
Organización de Estados Americanos
Washington D.C.

**Other Member States
Otros Estados Miembros**

***Brazil
Brasil***

Mr. Paulo Roberto Amora Alvarenga
Representante Alterno
Misión Permanente de Brasil ante la
Organización de Estados Americanos
Washington D.C.

Costa Rica

Mr. Luis Guardia Mora
Representante Alterno
Misión Permanente de Costa Rica ante la
Organización de Estados Americanos
Washington D.C.

***Ecuador
Ecuador***

Sr. Luis Valencia
Consejero, Representante Alterno
Misión Permanente de Ecuador ante la
Organización de Estados Americanos
Washington D.C.

Jamaica

Dr. Deanna Ashley
Director of Health Promotion and Protection
Ministry of Health
Kingston

Other Member States (cont.)
Otros Estados Miembros (cont.)

Mexico
México

Dr. Jaime Sepúlveda Amor
Director General del Instituto Nacional de Salud Pública
Secretaría de Salud
México, D.F.

Lic. Eduardo Jaramillo Navarrete
Director General de Relaciones Internacionales
Secretaría de Salud
México, D.F.

Lic. Hilda Dávila Chávez
Directora de Asuntos Bilaterales y Regionales Americanos
Secretaría de Salud
México, D.F.

Sr. Manuel Herrera
Representante Alterno
Misión Permanente de México ante la
Organización de Estados Americanos
Washington D.C.

United nations Specialized Agencies
Agencias Especializadas de las Naciones Unidas

International Labour Organization
Organización Internacional de Trabajo

Mr. Emmanuel Reynaud
Chief of the Social Security Policy And Development Branch
Geneva, Switzerland

Mr. Pedro Crocco
Director for Latin America and the Caribbean of the STEP Program
Santiago, Chile

**Pan American Health Organization
Organización Panamericana de la Salud**

***Secretary ex officio of the Subcommittee
Secretario ex officio del Subcomité***

Dr. George A. O. Alleyne
Director

***Advisers to the Director
Asesores del Director***

Dr. David Brandling-Bennett
Deputy Director
Director Adjunto

Dr. Mirta Roses Periago
Assistant Director
Subdirectora

Mr. Eric J. Boswell
Chief of Administration
Jefe de Administración

Dr. Juan Antonio Casas
Director, Division of Health and Human Development
Director, División de Salud y Desarrollo Humano

Dr. María Teresa Cerqueira
Director, Division of Health Promotion and Protection
Directora, División de Promoción y Protección de la Salud

Dr. Stephen J. Corber
Director, Division of Disease Prevention and Control
Director, División de Prevención y Control de Enfermedades

Dr. Ciro de Quadros
Director, Division of Vaccines and Immunization
Director, División de Vacunas e Inmunización

Pan American Health Organization (cont.)
Organización Panamericana de la Salud (cont.)

Advisers to the Director (cont.)
Asesores del Director (cont.)

Dr. Daniel López Acuña
Director, Division of Health Systems and Services Development
Director, División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud

Dr. Mauricio Pardón
Director, División of Health and Environment
Director, División de Salud y Ambiente

Dr. Carlos Castillo Salgado
Chief, Special Program for Health Analysis
Jefe, Programa Especial de Análisis de Salud

Dr. Irene Klinger
Chief, Office of External Relations
Jefa, Oficina de Relaciones Externas

Mr. Mark Mathews
Chief, Department of Budget and Finance
Jefe, Departamento de Presupuesto y Finanzas

Mr. Philip MacMillan
Chief of Department of Personnel
Jefe, Departamento de Personal

Dr. Karen Sealey (Technical Secretary/Secretaria Técnica)
Chief, Office of Analysis and Strategic Planning
Jefa, Oficina de Análisis y Planificación Estratégica

Pan American Health Organization (*cont.*)
Organización Panamericana de la Salud (*cont.*)

Chief, Department of General Services
Jefe, Departamento de Servicios Generales

Dr. Richard P. Marks

Legal Counsel
Asesora Jurídica

Dr. Heidi V. Jiménez

Chief, Conference and Secretarial Services
Jefa, Servicios de Conferencias y Secretaria

Ms. Rosa Irene Otero