



ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ



132^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF

Washington, D.C., E-U A, 23-27 juin 2003

Point 3.1 de l'ordre du jour provisoire

CE132/5 (Fr.)

29 avril 2003

ORIGINAL : ANGLAIS

RAPPORT DE LA 37^e SESSION DU SOUS-COMITÉ DE PLANIFICATION ET DE PROGRAMMATION

1. Le Sous-Comité de planification et de programmation a tenu sa 37^e session au Siège de l'Organisation à Washington, D.C., du 26 au 28 mars 2003.
2. La 37^e session comptait des représentants des Membres suivants du Sous-Comité élus par le Comité exécutif ou désignés par le Directeur : Canada, Cuba, Dominique, El Salvador, États-Unis d'Amérique, Honduras, Pérou et Uruguay. Des observateurs des pays suivants étaient également présents : Argentine, Bolivie, France, Guatemala, Mexique et Panama.
3. Le Bureau suivant a été élu avec des délégués de Dominique (Président), du Honduras (Vice-Président) et des États Unis d'Amérique (Rapporteur).
4. Pendant la session, le Sous-Comité a discuté des thèmes suivants :
 - Orientation programmatique de l'Organisation panaméricaine de la Santé et réorganisation du Bureau sanitaire panaméricain pour la mise en oeuvre du plan stratégique correspondant à la période 2003-2007 ;
 - Projet du budget programme de l'Organisation panaméricaine de la Santé pour l'exercice financier 2004-2005 ;
 - Mondialisation et santé ;
 - Famille et santé ;

- Contrôle de la réduction de la mortalité et la morbidité maternelles ;
 - Obésité, nutrition et activité physique ;
 - Pandémie de grippe : Préparations dans l'hémisphère occidental, et
 - Ethnicité et santé.
5. Le rapport final de la session est donné ci-joint.

Annexe



ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ



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

Washington, D.C., 26-28 mars 2003

CE132/5 (Fr.)
Annexe

SPP37/FR (Fr.)
27 mars 2003
ORIGINAL : ANGLAIS

RAPPORT FINAL

TABLE DES MATIÈRES

	<i>Page</i>
Bureau	3
Ouverture de la session	3
Adoption de l'ordre du jour et du programme des réunions	4
Présentation et discussion des articles	4
Orientation programmatique de l'Organisation panaméricaine de la Santé et réorganisation du Bureau sanitaire panaméricain pour la mise en œuvre du Plan stratégique, 2003–2007	4
Projet du budget programme de l'Organisation panaméricaine de la Santé pour l'exercice financier 2004-2005	8
Mondialisation et santé	14
Famille et santé	25
Contrôle de la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelles	30
Obésité, nutrition et activité physique	33
Pandémie de grippe : Préparatifs dans l'hémisphère occidental	37
Ethnicité et santé	44
 Clôture de la session	 49
 Annexe A : Ordre du jour	
Annexe B : Liste de documents	
Annexe C : Liste de participants	

RAPPORT FINAL

1. La 37^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 26 et 27 mars 2003.

2. Des représentants des États Membres suivants du Sous-Comité, élus par le Comité exécutif ou nommés par le Directeur, étaient présents : Canada, Cuba, Dominique, Salvador, Honduras, Pérou, États-Unis d'Amérique et Uruguay. L'Argentine, la Bolivie, la France, le Guatemala, le Mexique et le Panama étaient également présents en qualité d'observateurs.

Bureau

3. Le Sous-Comité a élu le bureau composé des États Membres suivants pour la 37^e session :

Président : Dominique (Hon. Herbert Sabaroche)

Vice-Président : Honduras (Dr Fanny Mejía)

Rapporteur : États-Unis d'Amérique (Mme Mary Lou Valdez)

4. Le Docteur Mirta Roses Periago (Directeur, Bureau sanitaire panaméricain) était le Secrétaire de droit, et le Docteur Karen Sealey (Chef, planification, budget programmatique et soutien aux projets) assumait la position de Secrétaire technique.

Ouverture de la session

5. Le Directeur a ouvert la session et a souhaité la bienvenue aux participants à Washington, notant que le printemps était également arrivé et que cela ajoutait une note plaisante aux délibérations. Cette magnifique journée le semblait encore plus grâce à cette bonne nouvelle : le continent américain venait juste d'achever 18 semaines sans rougeole. C'était cause de célébration pour tous puisque cela témoigne des nets progrès réalisés pour arriver à l'objectif qui avait été fixé à la demande pressante des pays des Caraïbes. Observant que la présente réunion était la seconde réunion du Sous-Comité pour laquelle elle avait le privilège de l'ouvrir en tant que Directeur – après celle de la femme, de la santé et du développement le jour précédent – elle espère que les délégués la soutiendront en faisant preuve de patience et de bonne volonté. Elle se réjouit à l'idée des discussions intéressantes et encourage les participants à être francs et à partager leur connaissance et expérience pour le bien de tous.

6. Le Président souhaite également la bienvenue aux Membres et les remercie de leur vote de confiance, ayant élu la Dominique pour être Présidente du Sous-Comité. Il félicite le Docteur Roses, qui est le premier Directeur féminin dans les 100 années d'existence de l'OPS.

Adoption de l'ordre du jour et du programme des réunions (Documents SPP37/1, Rév. 2 et SPP37/WP/1, Rév. 1)

7. Conformément à l'Article 2 de son Règlement intérieur, le Sous-Comité a adopté l'ordre du jour provisoire et le programme des réunions.

Présentation et discussion des articles

Orientation programmatique de l'Organisation panaméricaine de la Santé et réorganisation du Bureau sanitaire panaméricain pour la mise en œuvre du Plan stratégique, 2003–2007 (Document SPP37/3 et Add. 1)

8. Le Directeur a décrit certains des changements qui avaient été portés à la structure organisationnelle et aux fonctions du Secrétariat depuis qu'elle avait commencé à assumer sa position en février 2003. Ces changements ont été effectués conformément à la Résolution CSP26.R18, aux termes de laquelle la 26^e Conférence sanitaire panaméricaine avait demandé au Directeur de présenter une analyse des caractéristiques organisationnelles existantes et celles nécessaires pour la mise en œuvre du Plan stratégique 2003–2007, et de présenter au prochain Conseil directeur une proposition ébauchant ses vues en ce qui concerne le Plan et sa mise en œuvre.

9. Elle a commencé par décrire certains des défis aux niveaux de la santé et du développement et les objectifs de santé publique qui avaient façonné sa vision de l'OPS au 21^e siècle et qui, de pair avec le Plan stratégique, constituaient le fondement sur lequel reposeraient les changements de la structure organisationnelle. Sa vision était la suivante : une Région unie et engagée à travailler de manière harmonieuse et synergique afin d'atteindre le meilleur état de santé possible pour ses habitants, des gouvernements chefs de file et responsables d'engager la société entière dans l'effort en vue d'améliorer la santé de ses habitants et d'individus, des familles, des communautés et des institutions qui disposent des moyens nécessaires pour instaurer la justice sociale en encourageant la santé et en protégeant la vie. L'OPS se veut un forum permettant aux pays des Amériques de discuter de leurs problèmes de santé ; une force pour l'obtention de consensus et de création de partenariats ; un défenseur de l'équité sociale, de la protection sociale et de l'accès à des services de santé efficaces ; un partisan de la vue intégrée de la santé publique, mettant en exergue les liens entre les soins primaires, la promotion de la santé, la citoyenneté et les droits humains ; ainsi qu'un créateur, communicateur et dépositaire d'information sanitaire fiable.

10. Cherchant ainsi à conférer au Secrétariat les moyens nécessaires pour réaliser cette vision et exécuter le Plan stratégique approuvé par les États Membres de l'année précédente, on a retenu certaines caractéristiques organisationnelles ainsi qu'un ensemble d'objectifs stratégiques destinés au changement organisationnel. Il s'agit des objectifs suivants : faire de la collaboration avec les pays l'orientation principale de l'OPS ; vérifier que l'Organisation se situe dans le courant essentiel des débats de la santé et des politiques sanitaires à tous les niveaux ; renforcer les capacités aux niveaux local, sous-régional et national ; agir de manière synergique avec un plus grand nombre de partenaires du développement ; établir des réseaux et partager les connaissances au sein de l'Organisation ainsi qu'entre celle-ci et son environnement, surtout les pays ; forger des liens plus étroits aux niveaux de la planification et de la programmation sanitaires entre les divers niveaux, tant au sein du Secrétariat que dans les pays ; maximiser les ressources extrabudgétaires tout en vérifiant que l'attention nécessaire est accordée aux priorités fixées par les Organes directeurs ; arriver à une plus grande intégration programmatique et capacité accrue de planification stratégique du travail du Secrétariat pour utiliser de manière optimale les ressources physiques, financières, humaines, ainsi que les technologies de connaissance et d'information ; et augmenter l'efficacité, la transparence et la productivité.

11. Les changements dans la structure organisationnelle décrits dans le Document SPP37/3, Add. 1, visaient, conformément à ces objectifs stratégiques, à souligner encore davantage le soutien au pays, à garantir l'intégration verticale et horizontale de la planification au sein du Secrétariat et avec les pays, ainsi qu'à consolider la gestion de l'information et des connaissances. Dans le cadre de la transition vers la nouvelle structure, le Secrétariat avait réaligné les projets et les budgets dans le Budget biennal de programme, 2002–2003, sans causer d'interruption de la coopération technique en cours, chose qu'elle était bien heureuse de signaler. Parallèlement, le Secrétariat avait formulé une nouvelle proposition de budget programme pour 2004–2005, présentée aux fins d'examen du Sous-Comité dans le cadre d'un point séparé de l'ordre du jour. En outre, s'inspirant des réformes en cours au sein de l'OMS et du reste du système des Nations Unies, ainsi que des réformes nationales dans les pays, le Secrétariat avait cherché à introduire de nouvelles méthodes de travail permettant une plus grande marge de manœuvre, renforçant le travail en équipe et la participation du personnel à la formulation des politiques et programmes, ainsi que l'utilisation novatrice des compétences dans les pays et chez les partenaires. Aussi, la transition était-elle marquée par de vastes consultations et collaborations avec le personnel et avec les États Membres, ainsi qu'avec d'autres parties prenantes et partenaires, accordant une grande importance à la communication et au feed-back, ainsi qu'à l'évaluation continue de l'effet des changements aux fins de pouvoir procéder aux ajustements nécessaires.

12. Tout au long de la transition vers la nouvelle structure, le Secrétariat cherchera à obtenir, le cas échéant, l'avis des parties prenantes pour perfectionner sans cesse le

processus. Il cherchera également à obtenir les fonds disponibles auprès des Nations Unies et d'autres sources pour les initiatives de réforme organisationnelle. L'OPS n'avait jamais cherché à obtenir une telle assistance pour sa propre restructuration interne mais le ferait à présent pour vérifier qu'elle dispose des ressources suffisantes assurant la réussite du changement organisationnel. Le Docteur Roses a conclu en notant que, depuis toujours, l'une des forces de l'OPS résidait dans sa capacité de changement. C'était justement cette même capacité qui avait permis à l'Organisation d'anticiper et de répondre aux besoins sanitaires changeants de la Région ces 100 dernières années et c'est cette même capacité qui lui permettrait de relever les défis du 21^e siècle.

13. Le Sous-Comité a convenu qu'il était essentiel pour l'OPS de répondre aux changements et pensait d'ailleurs que la structure organisationnelle simplifiée lui conférerait la souplesse nécessaire pour le faire efficacement. Le Sous-Comité a fait l'éloge de la transparence et du caractère participatif de la restructuration et a félicité le Directeur pour avoir su répondre de telle manière aux commentaires et suggestions des États Membres. Les délégués ont vivement approuvé la présentation orale du Directeur qui a donné le bien-fondé des changements organisationnels dont il est question dans le document. On a proposé, aux fins d'une transparence encore plus grande, que la prochaine version du document contienne davantage d'explications montrant où et pourquoi ces changements ont été faits.

14. On a demandé que soient clarifiées certaines modifications, notamment le changement plutôt important du rôle du Sous-Directeur et la séparation du budget et des services financiers qui avaient été réunis par le passé. Les délégués se sont montrés quelque peu préoccupés par le chevauchement possible des fonctions du Sous-Directeur et celles du Directeur de la gestion des programmes concernant les Organes directeurs. On a insisté sur la nécessité de démarquer clairement les pouvoirs attribués aux responsabilités et rôles respectifs de ces deux bureaux. En outre, on a noté un éventuel surcroît de tâches pour certaines des fonctions de la direction supérieure. On a également demandé des informations sur l'impact budgétaire des changements organisationnels.

15. Vu que l'incertitude qui accompagne inévitablement tout changement pouvait affecter la capacité de l'Organisation à répondre à des problèmes urgents qui se présentent dans la Région, on a encouragé le Secrétariat à achever aussi rapidement que possible la restructuration organisationnelle. On l'a également prié de formuler des indicateurs pour suivre l'impact des changements organisationnels et, surtout, de l'importance accrue accordée à la collaboration organisationnelle entre les programmes.

16. Le Sous-Comité a recommandé que le document soit présenté aux fins d'examen au Comité exécutif en juin et qu'à ce moment-là, le Directeur mette à jour les États Membres quant aux progrès de la réorganisation et à la manière dont elle renforce l'efficacité, la capacité de réponse et la productivité du Secrétariat. On lui a également

demandé de fournir une information sur la manière dont étaient mises en œuvre les recommandations des groupes de travail.

17. Le Docteur Roses a noté que la Constitution de l'OPS identifie uniquement trois postes au sein du Bureau : celui du Directeur, du Sous-Directeur et du Directeur-adjoint, mais ne spécifie pas leurs fonctions. Qui plus est, elle confère au Directeur ample latitude pour décider de la meilleure manière d'organiser les ressources institutionnelles, humaines et financières du Secrétariat pour mener à bien les missions que les Organes directeurs lui ont confiées. À son avis, les fondateurs avaient fait preuve de grande sagesse en décidant de ce cadre juridique pour l'Organisation, puisqu'il confère au Secrétariat la marge de manœuvre nécessaire pour s'adapter aisément au changement et savoir répondre continuellement aux besoins et attentes des États Membres.

18. Tous les changements structurels et fonctionnels étaient faits dans un seul but fondamental : permettre au Secrétariat de mieux servir les pays. C'est la raison pour laquelle elle avait demandé l'opinion des États Membres. Au fil des ans, les Directeurs précédents avaient modifié l'organisation du Secrétariat et les fonctions de son personnel, parfois de manière radicale, mais ces changements n'avaient jamais été discutés par les Organes directeurs. Elle pensait qu'il était important de faire participer les pays au processus de restructuration pour vérifier que l'Organisation réponde véritablement aux besoins de ses Membres.

19. Se tournant vers certains aspects préoccupants soulevés par les délégués, elle a noté que les changements au sein du Secrétariat avaient été inspirés essentiellement par les changements qui se déroulent dans les pays et les grandes réformes marquant ces dernières années les Nations Unies et les systèmes interaméricains. Par exemple, la création du Bureau du Directeur de la gestion de programme visait à aligner davantage la structure de l'OPS sur celle du reste de l'Organisation mondiale de la Santé – puisque des entités analogues existaient au Siège de l'OMS et dans tous les autres bureaux régionaux – et témoignaient de l'effort fait au sein de l'OMS pour renforcer le soutien aux pays et assurer un caractère plus transparent à la coordination de la gestion de programme. S'agissant des fonctions et responsabilités respectives du Directeur de la gestion de programme et du Sous-Directeur face aux Organes directeurs, elle remarque que ce dernier n'avait jamais été entièrement responsable des affaires concernant les Organes directeurs. Certes, le Sous-Directeur continuera à exercer une supervision générale des questions se rapportant aux Organes directeurs et continuera également à faire office de Secrétaire technique pour les réunions, mais les autres fonctions de soutien direct seront transférées du domaine de l'Administration au domaine de la Gestion de programme.

20. Quant à la préoccupation voulant que certains postes de direction puissent être obérés d'un nombre excessif de fonctions, le Secrétariat avait entrepris une analyse

attentive des responsabilités, fonctions et ressources humaines et financières octroyées à chaque domaine, et avait introduit les changements dans le but de corriger certains déséquilibres qui avaient existé dans la structure organisationnelle précédente. A son avis, la nouvelle structure était de fait plus équilibrée du point de vue distribution des fonctions. Concernant la séparation des services budgétaire et financier, le budget était vu comme un instrument pour mener à bien le programme de l'Organisation et le Secrétariat pensait qu'à ce titre, il devait être placé dans le domaine de la Gestion de programme alors que les finances resteraient sous couvert de l'Administration. Toutefois, le Secrétariat allait formuler des indicateurs pour évaluer les effets de ces changements sur la performance de l'Organisation et, au cas où l'on constaterait qu'ils n'apportent pas les résultats souhaités, les ajustements nécessaires seraient faits. Le même principe s'applique d'ailleurs à tous les autres changements qui avaient été introduits dans la structure organisationnelle.

21. Finalement, en ce qui concerne l'effet budgétaire des changements, il n'existe pas de coûts liés au processus de restructuration, sauf du point de vue surcroît de travail pour le personnel. Le Secrétariat n'a pas fait appel à des bureaux d'études de l'extérieur pour l'aider lors de la réorganisation, bien qu'il ait cherché le conseil de certains membres du personnel partis à la retraite. Un fonds renouvelable a été créé en transférant les fonds budgétaires de 2003 octroyés à des postes vacants. Jusqu'à présent, environ \$150 000¹ ont été pris sur ce fonds, surtout pour couvrir les frais de déplacement du personnel transféré et payer les salaires du personnel à la retraite qui a été recruté comme consultant. Par contre, la réorganisation en elle-même ne devrait pas avoir d'impact budgétaire du tout. En revanche, vu qu'elle a simplifié la structure du Bureau, elle permettra d'octroyer des ressources supplémentaires pour appuyer le travail avec le pays.

Projet du budget programme de l'Organisation panaméricaine de la Santé pour l'exercice financier 2004–2005 (Document SPP37/4)

22. Le Docteur Daniel López Acuña (Directeur, gestion de programme, OPS) a présenté la proposition du budget-programme pour 2004–2005, notant que le document présenté au Sous-Comité était le résultat d'un processus de consultation et d'identification des priorités qui avait démarré plusieurs mois auparavant. Le processus avait fait appel non seulement au personnel du Secrétariat, mais également aux représentants de l'OPS/OMS dans les pays et aux représentants officiels des gouvernements de tous les États Membres. Il commence par passer en revue les activités de planification à la base de la formulation du budget, notamment le Plan stratégique 2003–2007 et d'autres missions de l'OPS et des Organes directeurs de l'OMS, les cadres de politiques mondiaux de l'OMS et régionaux de l'OPS, la Stratégie et les priorités institutionnelles de l'OMS, ainsi que les buts sanitaires émanant du Sommet du millénaire des Nations Unies.

¹ A moins qu'il n'en soit indiqué autrement, tous les chiffres dans ce rapport sont exprimés en dollars américains.

23. Conformément à la nouvelle structure organisationnelle, la proposition de budget contient plusieurs nouvelles sections d'affectation et une liste classifiée et revue des programmes, ou domaines d'activités, dans chacune des neuf catégories d'affectation : Direction exécutive, Gouvernance et partenariats, Soutien au programme des pays, Action intersectorielle et développement durable, Information et technologie de la santé, Accès universel aux services de santé, Lutte contre les maladies et gestion des risques, Santé familiale et communautaire, et Soutien administratif. La liste revue des programmes, qui réduit le nombre des domaines de 61 à 41, reflète une approche programmatique plus intégrée, ciblée et concentrée. Elle est également davantage conforme à la structure de programme de l'OMS. Le Secrétariat, en formulant le budget, a suivi une stratégie qui oriente les ressources vers les programmes et pays prioritaires, maintenant un financement de niveau actuel pour les cinq pays prioritaires retenus dans le cadre du Plan stratégique et maximisant les économies dans les domaines de la gestion et du soutien administratif. Seuls les accroissements de coûts essentiels ont été envisagés.

24. Le budget proposé OPS/OMS pour 2004–2005 s'élève à \$264 773 000. Ce chiffre était de \$3 291 000, soit 1,3% plus élevé que le chiffre de 2002–2003 de \$261 482 000. L'accroissement comprend \$1 991 000 pour les majorations salariales demandées par l'Assemblée générale des Nations Unies et \$1 300 000 pour les accroissements obligatoires de la contribution de l'OPS au fonds d'assurance maladie des personnes retraitées de l'OMS. La part de l'OMS dans le budget de 2004–2005 est prévue à \$75 399 000, d'où la proportion de l'OPS de \$264 773 000. Toutefois, ces chiffres supposent que le léger accroissement proposé dans la part de l'OMS sera approuvé par l'Assemblée mondiale de la santé en mai 2003. Sinon, la proportion de l'OMS se maintiendra au niveau de 2002–2003, à savoir \$73 293 000, et l'OPS serait obligée de couvrir la différence de \$2 106 000. Quel que soit le cas, il est important de noter que, conformément à l'application de la Résolution WHA51.31, la contribution de l'OMS au budget total a diminué de l'ordre de \$9 millions depuis la période biennale 1998–1999. Cette réduction a obéré la capacité de l'OPS de répondre à ses engagements, nécessitant un effort accru au niveau régional.

25. La part de l'OPS sera financée par \$175 874 000 au titre des contributions des États Membres et par \$13,5 millions au titre des recettes diverses projetées. Les contributions augmenteraient de 3,3%, un des taux les plus faibles de l'histoire de l'OPS. Le niveau de recettes diverses escomptées était nettement plus faible que la projection pour 2002–2003, suite à des taux d'intérêt en baisse et à un climat d'investissement généralement peu favorable. Aussi, sera-t-il nécessaire d'absorber certaines réductions dans les ressources programmatiques hors poste. De fait, depuis 1986, le budget de programme régulier s'est contracté de 21%, en termes réels. Parallèlement, le nombre de postes a diminué, passant de 1 222 à 835. Toutefois, grâce à des gains sensibles au niveau de l'efficacité et de la productivité, on a pu maintenir un niveau élevé de performance du programme malgré la contraction de ressources humaines et financières.

26. Le Sous-Comité a relevé que la présentation était instructive sur le budget proposé de 2004–2005. Toutefois, plusieurs délégués espèrent que le document budgétaire présenté au Comité exécutif contiendra une information plus détaillée sur le programme, notamment des indicateurs de résultats pour chaque domaine de programme et une ventilation des ressources aux niveaux régional et national, ainsi que des données comparatives permettant aux États Membres de mieux comprendre comment les changements de la structure organisationnelle avaient influencé les affectations budgétaires dans les divers domaines d'activités. Les délégués ont également indiqué qu'il fallait de plus amples informations sur la manière dont le budget pouvait contribuer à la réalisation des Buts de développement du millénaire, les objectifs de santé publique pour les Amériques identifiés par le Directeur dans sa présentation sur la nouvelle structure organisationnelle et d'autres missions de planification de l'OPS et de l'OMS.

27. Les délégations du Canada et des États-Unis d'Amérique ont indiqué que leurs gouvernements continuaient à être en faveur de la croissance nominale zéro des budgets de toutes les organisations du système des Nations Unies, bien que le délégué du Canada note que sa délégation était consciente de la situation financière de l'OPS et en tiendrait compte lors de la discussion de la proposition de budget avec les pouvoirs nationaux. Plusieurs délégués se sont montrés préoccupés par l'accroissement proposé des contributions, surtout au regard de la difficulté que rencontrent un grand nombre des États Membres pour s'acquitter de leurs obligations actuelles. On a prié instamment tous les États Membres de payer leurs contributions de 2003 et de régler tout arriéré qu'ils pourraient avoir, puisque cela aiderait à faciliter la situation financière de l'Organisation et permettrait à cette dernière de tenir ses engagements face aux pays.

28. On a félicité l'effort fait en vue de mieux aligner les domaines d'activités de l'OPS sur ceux de l'OMS. Parallèlement, on a souligné la nécessité d'intégration et de collaboration entre tous ces domaines, surtout en ce qui concerne la santé familiale et communautaire, jugée d'importance capitale. On a également souligné l'importance de forger des alliances avec d'autres institutions internationales et nationales. On a notamment fait remarquer qu'un tel effort conjoint permettrait d'augmenter l'impact des ressources budgétaires affectées à chaque domaine. On a encouragé l'Organisation à maximiser les efficacités et les économies et à rechercher des solutions créatives pour assimiler les majorations obligatoires des frais liés au personnel tout en continuant à garantir que les fonds limités disponibles étaient utilisés pour répondre aux besoins sanitaires d'importance critique dans la Région. Plusieurs questions ont été posées concernant les recettes diverses et le montant de financement extrabudgétaire qui serait disponible pour soutenir les activités de l'OPS dans les divers domaines programmatiques.

29. Le Docteur López Acuña a remercié les délégués de leurs commentaires qui seront fort utiles lors du second stade de la présentation du budget : la préparation du

document qui sera présenté en juin au Comité exécutif. Il indique au Sous-Comité que ce document sera augmenté et contiendra une information bien plus détaillée sur les activités des programmes, les résultats escomptés et les indicateurs, ainsi que des données permettant de faire des comparaisons entre la période biennale actuelle et la prochaine. Plusieurs documents supplémentaires ont été distribués, apportant de plus amples informations sur les domaines d'activités, ainsi que certaines données comparatives préliminaires.

30. Répondant aux commentaires concernant la nécessité d'intégrer les activités, il a souligné que les divers domaines de programme ne fonctionnaient pas comme des compartiments bien délimités, mais plutôt comme des composantes liées entre elles qui agissaient ensemble aux fins d'atteindre les objectifs de santé publique pour les Amériques. Le modèle de gestion mis en place par le Docteur Roses vise à intensifier cette synergie et interaction afin de rehausser l'impact du travail de l'Organisation au niveau des pays.

31. Concernant l'intégration des objectifs de planification au budget, il a expliqué que la formulation d'un budget est un processus itératif comportant de nombreux stades d'examen et d'analyse. A cet effet, on avait demandé le point de vue des pouvoirs sanitaires nationaux, ainsi que du personnel du Siège de l'OPS et dans les bureaux de pays et des centres panaméricains, et la proposition a été continuellement perfectionnée pour vérifier sa conformité aux divers mandats mondiaux et régionaux et sa correspondance aux priorités nationales.

32. En ce qui concerne les ressources extrabudgétaires, il note la difficulté intrinsèque d'estimer le montant d'un tel financement qui se matérialisera par la suite. Le Secrétariat a fait certaines projections et il se fera un plaisir de les communiquer aux délégués, mais ceux-ci devraient être conscients que la réalité diverge toujours des projections et, parfois, très nettement. Autre facteur dans l'estimation du financement extrabudgétaire : la mesure dans laquelle les ressources mobilisées par le Siège de l'OMS reviennent aux activités régionales et nationales. La question a été discutée récemment par les directeurs de la gestion des programmes de diverses régions et on s'entend pour dire qu'un trop grand nombre de ressources étaient concentrées dans les structures centrales de l'OMS et que davantage devait se diriger vers les régions.

33. Monsieur Eric Boswell (Directeur de l'administration, OPS), prenant la parole à la suggestion du Docteur López Acuña, a répondu aux questions concernant les recettes diverses. Certes, le Secrétariat étayait toujours ses projections par de solides informations et analyses, mais il pense que la prévision des recettes diverses relève davantage d'un art que d'une science, même si, à son avis, le chiffre pour 2004–2005 était assez exact. En effet, il existe des facteurs qui n'entrent pas dans le contrôle de l'Organisation et qui, souvent, influencent les recettes effectives. Par exemple, en 2000–2001, les recettes

diverses avaient dépassé les attentes mais par contre lors de l'exercice biennal actuel, le chiffre effectif serait plus proche de \$11,5 millions, alors que l'OPS avait budgétisé \$16,5 millions, à cause de la chute de rendement sur les instruments fixes.

34. Se faisant l'écho des commentaires du Docteur López Acuña, le Directeur a indiqué que le document présenté au Sous-Comité était la première itération de la proposition budgétaire. Le Secrétariat avait perfectionné la proposition depuis que le document avait été publié et continuerait à le faire avant la session du Comité exécutif en juin, se rappelant les commentaires reçus par les États Membres, tant dans les réunions formelles que lors des consultations informelles.

35. Certains des commentaires du Sous-Comité concernaient des changements dans la structure organisationnelle et la manière dont ceux-ci avaient influencé les affectations budgétaires. Il est important de distinguer entre la structure de l'Organisation et la structure du budget de programme. Lors des cycles budgétaires précédents, la structure budgétaire correspondait exactement à la structure organisationnelle. Toutefois, plusieurs évaluations avaient trouvé que cette approche limitait la marge de manœuvre, faisant qu'il était difficile de traiter de certaines questions de manière intégrée et horizontale. Le Secrétariat pensait que les activités de l'Organisation en profiteraient si les structures budgétaires et organisationnelles étaient complémentaires mais pas forcément identiques. La structure budgétaire esquissée dans ce document devait faciliter le travail d'équipe et la collaboration interprogrammatique que les États Membres favorisaient.

36. Parallèlement, la structure budgétaire cherchait à encourager une nouvelle conception des programmes régionaux. Par le passé, le terme « programme régional » avait été employé pour désigner les unités structurelles du Secrétariat. Par conséquent, ces programmes étaient vus comme la province du Secrétariat et non pas comme un véhicule encourageant l'effort collectif par l'Organisation prise dans son entier, y compris tant le Secrétariat que les États Membres, en vue de résoudre les problèmes sanitaires communs et d'atteindre les objectifs sanitaires communs. Le programme de vaccinations, qui était probablement le programme-phare de l'Organisation, témoignait bien des éléments nécessaires pour un programme régional efficace : il encourage l'action collective en quête d'une solution à un problème spécifique qui délimite clairement les indicateurs et les stratégies et une affectation de ressources spécifiques, approche qui, en plus, facilite la mobilisation des ressources extrabudgétaires, pas simplement des pays ou des organismes à l'extérieur de la Région mais, chose plus importante, de la part des pays des Amériques eux-mêmes.

37. Notant que plusieurs délégués avaient fait allusion à la présentation du budget de l'OMS comme un exemple que devrait copier l'OPS, elle remarque que la Région pouvait se sentir fière de la réception favorable accordée, en janvier, à ce budget, par le Conseil exécutif de l'OMS. Un grand nombre des caractéristiques de ce modèle

budgétaire reposent sur l'expérience de l'OPS, qui a été reconnue comme étant la Région qui a réalisé le plus de progrès du point de vue transparence et responsabilisation budgétaire.

38. Les demandes et besoins imprévus de la part des pays qui ne manquent jamais de se présenter une fois le budget approuvé est un autre aspect dont il faut tenir compte au niveau de la formulation d'un budget. L'Organisation a toujours essayé de répondre à ces imprévus et urgences et continuera à le faire. Toutefois, les États Membres doivent également chercher à obtenir eux-mêmes le soutien disponible par le biais d'autres forums internationaux auxquels ils participent. Le Fonds global pour la lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme en est un exemple puisqu'il offre une excellente possibilité aux pays d'obtenir des ressources supplémentaires pour faire front à ces épidémies. Toutefois, pour l'OPS, cette opportunité a créé un mandat supplémentaire. Il ne s'agit pas d'un mandat officiel des Organes directeurs, mais d'un mandat provenant directement des pays souhaitant participer au Fonds, qui ont demandé l'assistance de l'Organisation pour formuler des projets. Aussi, l'OPS a-t-elle mobilisé environ \$400 000 en transférant des fonds entre les rubriques budgétaires afin d'aider les pays à négocier un financement pour leurs projets. Cela a permis aux pays des Amériques d'obtenir l'un des pourcentages les plus élevés d'approbation de projet. Nul doute, c'est dû à la qualité des projets, reflétant à leur tour le niveau de coopération technique fournie par l'Organisation.

39. Ce type d'assistance figure au titre de l'un des nouveaux rôles que doit jouer l'Organisation en ce qui concerne la mobilisation des ressources. Un autre rôle consiste à apporter un appui aux ministères de la santé en ce qui concerne la mobilisation des ressources auprès d'institutions financières internationales et d'autres pays et par le biais de la coopération horizontale. Certes, l'OPS est heureuse de pouvoir apporter une telle assistance, mais il n'en faut pas moins reconnaître que ce changement de rôles ne signifiait pas que l'Organisation pouvait faire son travail à moindre coût. Les rôles seraient différents, mais l'OPS avait quand même besoin de ressources pour les assumer correctement. Et l'Organisation doit pouvoir compter sur la solidarité des pays pour octroyer des ressources accrues à ceux qui en avaient le plus besoin et placer les pays dans une position leur permettant de saisir les possibilités qui se présentent d'obtenir un financement supplémentaire.

40. Une autre orientation récente et très importante des activités de l'OPS concerne la mobilisation d'information solide et de données probantes aidant les ministères de la santé à présenter l'argument de la santé devant leurs pouvoirs budgétaires nationaux. On espère ainsi que ces budgets nationaux montreront ensuite qu'il est nécessaire de soutenir l'Organisation pour qu'elle puisse mener à bien sa mission.

Mondialisation et santé (Document SPP37/5)

41. Ce point de l'ordre du jour a été discuté lors d'une réunion conjointe avec le Sous-Comité de la femme, de la santé et du développement, qui a tenu sa 20^e session les 25 et 26 mars 2003. Le Docteur César Vieira (Responsable, a.i., gouvernance et politiques, OPS) a introduit ce point de l'ordre du jour et quatre présentateurs externes ont fait des communications sur les divers aspects liés à la mondialisation et à la santé.

42. Le Docteur Vieira a passé en revue les grandes lignes du Document SPP37/5, qui se penche sur les répercussions de la mondialisation, en prêtant une attention particulière à son effet sur la santé de la population. Certes, un grand nombre de ces impacts sont positifs : accès élargi à des biens et produits sains à moindres coûts, par exemple mais d'autres, par contre, sont négatifs, tels que la consommation accrue d'aliments peu sains et les risques plus élevés de propagation de maladies. La mondialisation a accéléré la circulation des produits et des services, des connaissances, des comportements et des modes de consommation entre les divers pays. Jusqu'à récemment, les services de santé n'étaient pas jugés des biens négociables mais, actuellement, les experts du commerce international reconnaissent que les progrès technologiques et organisationnels du secteur de la santé font qu'il est possible de mettre sur le marché international de tels services. Le document a cerné quatre modes d'échanges internationaux des services de santé dans les Amériques : prestation interfrontalière, mouvements de patients, présence commerciale de prestataires de services étrangers et migration des professionnels de la santé. Ces divers modes comportent des implications positives et négatives, tant pour les pays exportateurs qu'importateurs.

43. L'argument présenté pour les médicaments et l'équipement médical témoigne bien de certaines des questions qui entourent le commerce international des biens sanitaires. Il s'agit notamment de l'émergence du concept des « biens publics mondiaux », qui sera traité plus dans le détail par certains des présentateurs. Le débat sur les biens publics mondiaux a eu pour effet positif la création de fonds mondiaux facilitant l'accès aux médicaments et aux vaccins, tels que le Fonds mondial pour la lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme et l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (GAVI).

44. Un certain nombre de forums et d'accords aux niveaux mondial, régional et sous-régional fournissent des directives pour la coopération internationale aux niveaux de la globalisation et de la santé. Il s'agit notamment de l'Accord général sur le commerce des services (GATS), de l'Accord sur les aspects commerciaux se rapportant aux droits de propriété internationale (TRIPS), de l'Accord de libre-échange des Amériques et d'entités sous-régionales, telles que le Marché commun du Sud (MERCOSUR) et la Communauté des Caraïbes (CARICOM). Ces accords ont été décrits dans les documents et seront également examinés plus dans le détail par les présentateurs.

45. Les domaines proposés pour la coopération technique de l'OPS/OMS traitant de la mondialisation et de la santé concernent notamment les études d'évaluation de l'impact pour cerner les conséquences positives et négatives de la mondialisation sur la santé, la réglementation commerciale dans l'optique sanitaire, la création de barrières tarifaires et de prix tenant compte des besoins et réalités de la santé, la création de bases de données et diffusion de l'information sur le commerce des biens et services sanitaires, ainsi que l'intégration de l'optique sanitaire aux négociations commerciales et à la formulation de stratégies discutées dans la Région.

Biens mondiaux de santé publique et gouvernance mondiale

46. Le Docteur Ilona Kickbusch (Division de la santé mondiale, Université Yale) a fait une présentation générale des diverses manières dont la mondialisation se répercutait sur la gouvernance et vice-versa et, ensuite, s'est penchée sur certains des problèmes de la gouvernance mondiale dans le domaine de la santé et le rôle des organisations sanitaires internationales dans le nouveau contexte mondialisé.

47. Un des arguments avancés dans le débat sur la mondialisation, c'est qu'elle affaiblit la nation et, par conséquent, les nations ont de plus en plus de mal à exécuter les quatre fonctions que les états modernes se doivent d'assumer pour leurs populations : sécurité, bien-être social, état de droit, ainsi qu'identité nationale et canaux de participation. La mondialisation suscite des changements dans le contexte qui ont nécessité de nouvelles réponses sur le plan des politiques. Il faut changer les mentalités et voir la mondialisation, non seulement comme une internationalisation, mais également comme une transition à un système où les liens et réseaux n'existent pas seulement entre les nations mais concernent une panoplie d'intervenants. Ce changement de mentalité pourrait avoir de profondes implications pour les organisations internationales et les systèmes multilatéraux qui reposent sur le principe de l'état nation.

48. Si, auparavant, la gouvernance a été définie comme une responsabilité des nations, à présent, elle est vue comme une responsabilité conjointe du système mondial qui comprend non seulement les états, mais aussi les corporations multinationales, les organisations de la société civile et les nombreuses institutions internationales existant actuellement. La sécurité humaine et des droits humains, l'équité au niveau de la distribution nationale et mondiale des ressources, l'État de droit international et une déontologie mondiale, ainsi que le fait de se forger une identité commune en tant que citoyens du monde sont parmi les grands défis qu'il faut relever au niveau de cette gouvernance mondiale. Dans chacun de ces domaines, la santé joue un rôle pivot et crucial. Les Buts de développement du millénaire, adoptés récemment, reflètent également les défis communs de la gouvernance mondiale.

49. Une des manières de relever ces défis liés à la gouvernance mondiale consistait à rechercher une « intentionnalité collective, » à savoir la définition de priorités conjointes.

Dans cet ordre de choses, on a cherché à identifier des biens publics mondiaux et la santé a été définie comme l'un de ces biens. Dans ce nouveau contexte, le débat de la santé prend maintes dimensions. Elle n'est plus seulement considérée comme une question strictement sanitaire et technique, mais comme une question de sécurité, une question de politique étrangère, une question macroéconomique, une question des droits humains et un bien public mondial auquel tout un chacun doit contribuer. Cette transition a placé la santé au centre de l'attention dans les forums internationaux. Elle a également suscité de nouvelles structures de gouvernance mondiale, telles que les fonds mondiaux mentionnés par le Docteur Vieira, et de nouvelles alliances et partenariats publics/privés dans lesquels les organisations internationales restent un membre, mais ne sont plus le moteur.

50. La période actuelle peut être décrite comme une transition dans la quête pour la gouvernance mondiale : une période intérimaire entre un système de la santé mondiale qui ne fonctionne plus très bien et un nouveau système qui pourrait fournir les moyens d'aborder des questions et des problèmes qui transcendent les frontières nationales et d'établir des règles internationales qui sont définies davantage à l'aune des relations que par les institutions. Ainsi, d'une certaine manière, la gouvernance sanitaire mondiale décrit-elle actuellement le rôle des organisations sanitaires. Elles se heurtent à deux grands obstacles pour assumer ce rôle. Premièrement, la gouvernance sur le plan de la santé est encore vue essentiellement comme une responsabilité des nations, mais les déterminants de la santé et les moyens de l'assumer sont de plus en plus de nature mondiale. Deuxièmement, dans la transition, on a l'impression que personne n'est en charge et on craint que le système actuel de santé internationale puisse aller droit à l'échec. Cette opinion tient également au fait que les problèmes sanitaires sont encore définis du point de vue des intérêts nationaux et non pas comme un bien public mondial, que les politiques étrangères et nationales sont encore abordées comme des questions séparées et que des concepts obsolètes de l'aide étrangère sont encore appliqués. Toutefois, le défi le plus grand qu'il faudra probablement relever consiste à traiter les questions liées systémiques et les déterminants politiques à l'origine des crises actuelles de la santé mondiale et sans lesquels ces crises continueront.

Commerce des services de santé sur le continent américain

51. Le Professeur David Warner (Ecole des affaires publiques Lyndon B. Johnson, Université du Texas) a concentré ses remarques sur les quatre modes commerciaux des services de santé et les principales questions entourant chacun d'eux, identifiant les rôles possibles de l'OPS dans le domaine des échanges des services de santé. Dans le cas des prestations de services transfrontalières, où les services partent d'un pays mais sont reçus dans l'autre, ce type de prestation était accompli essentiellement par voie de télécommunications. Même à l'échelle nationale, les télécommunications sont de plus en plus utilisées pour fournir des services de diagnostic et de traitement. Les services d'éducation et d'information sanitaires peuvent également être dispensés de cette manière. La Bibliothèque Virtuelle de Santé de l'OPS en est un exemple. L'OPS pourrait

également jouer un rôle et aider à évaluer et à classer les sites Web qui fournissent une information dans le domaine de la santé. Améliorer la disponibilité de l'information en espagnol, langue de la plupart des pays non anglophones de la Région, relève également d'une autre fonction importante de l'Organisation.

52. Le mouvement des patients était le second mode de commerce de services. En général, les gens se rendent dans un autre pays pour recevoir des services de santé pour des raisons de qualité ou des raisons économiques. Toutefois, l'assurance maladie dans un autre pays pourrait également être une raison de traverser la frontière dans le cas de personnes qui vivent dans un pays, mais qui travaillent dans un autre ou celles qui vivent et travaillent dans un pays, alors que leur famille vit dans un autre pays. Le problème de la couverture transfrontalière, surtout dans l'optique économique, concerne le transfert de l'assurance maladie pendant la retraite pour des personnes qui ont travaillé dans un pays, mais qui souhaitent se retirer dans leur pays d'origine. De plus amples recherches sont nécessaires concernant la qualité, l'accès et les aspects financiers de cette question.

53. En ce qui concerne le troisième monde, la présence commerciale de prestataires de services étrangers, les problèmes les plus importants concernent probablement la réglementation des prestataires privés et de l'assurance privée. Par exemple, est-ce que les prestataires étrangers seraient soumis aux mêmes réglementations que les ressortissants nationaux ? La migration des professionnels de la santé est le quatrième mode et il soulève moult problèmes complexes. Dans les Amériques, les États-Unis sont de loin le plus grand importateur d'agents de santé. Toutefois, le pays importe la vaste majorité de ses agents de pays à l'extérieur de la Région. Malgré l'existence de l'Accord de libre-échange nord-américain, pratiquement aucune infirmière ne vient du Mexique, alors qu'il existe pourtant huit millions de Mexicains qui vivent aux États-Unis et que le pays a un terrible besoin d'infirmières hispanophones. En ce qui concerne les médecins, 2,3% seulement des participants formés à l'étranger dans les programmes d'internes aux États-Unis proviennent de l'Amérique latine. L'accès limité aux programmes de formation médicale avancée dans ce pays pourrait avoir de graves conséquences pour la médecine dans la Région et pourrait entraver la future coopération au niveau de la recherche, de la prestation de services et d'autres domaines.

54. Un des rôles clés pour l'OPS serait d'aider à développer une coopération plus efficace entre les programmes de formation. L'Organisation pourrait notamment aider à formuler des normes, encourager le renforcement de la capacité du secteur de la santé sur l'ensemble de la Région, aider les nations de la Région à profiter de la mondialisation et du commerce mondial et encourager la modernisation des systèmes et services de santé.

Impact de la mondialisation sur la santé des femmes

55. Le Docteur Maitreyi Das (Réseau du développement humain, Banque mondiale) a décrit les liens possibles entre la mondialisation et la santé de la femme, expliquant les

problèmes que l'on rencontre pour identifier et étudier ces liens et a proposé diverses manières dont les ministères de la santé pourraient aider à vérifier que la mondialisation ne se répercute pas négativement sur la santé des femmes.

56. Tel que l'ont remarqué d'autres présentateurs, mondialisation signifie intégration globale des marchés mondiaux. Sur le plan de la santé, cela se traduit par l'investissement direct étranger dans le secteur de la santé, la migration des personnes et des services, le libre-échange des biens et des services entre les pays et le flux mondial d'idées (la « révolution de l'information »). Toutefois, cela signifie également que des maladies infectieuses qui se concentraient auparavant dans certaines régions deviennent à présent des problèmes d'envergure mondiale.

57. Les preuves attestant des liens entre la mondialisation de la santé de la femme sont de nature très équivoque. Le phénomène est par nature même très difficile à étudier. L'attribution de la causalité représente un des problèmes. En effet, il est difficile de déterminer si les changements dans la santé de la femme étaient dus uniquement à la mondialisation ou si d'autres facteurs entraient en jeu. La définition et la mesure de la mondialisation étaient d'autres obstacles, au même titre que le manque de données fiables. Il est difficile de préciser les liens car ils peuvent être directs ou indirects, à court ou à long terme, et positifs ou négatifs, parfois d'ailleurs simultanément. Il arrive que les effets de la mondialisation soient contradictoires ou non voulus. Par exemple, dans certains pays, la hausse prononcée de l'emploi féminin signifie que les femmes remettent à plus tard l'âge du mariage, avec les effets que cela comporte sur la fécondité et d'autres aspects de la santé de la femme. Les inégalités et les facteurs culturels ont également influencé les liens entre la mondialisation et la santé de la femme. Qui plus est, la santé pourrait affecter la mondialisation. Des études sur les aspects économiques de la santé réalisées actuellement se penchent sur l'effet de la santé de la femme sur la croissance commerciale ou macroéconomique et d'autres exemples de cette causalité inverse.

58. La mondialisation pourrait avoir un impact sur la santé de la femme par l'entremise de trois grands mécanismes : l'emploi de la femme, les accords commerciaux et la réforme du secteur de la santé. Dans les trois domaines, les effets pourraient être positifs ou négatifs. Par exemple, l'emploi de la femme a pris un net essor dans les années qui ont suivi la mondialisation. Du côté positif, un tel essor est source de revenus accrus, d'estime de soi-même et de mobilité de la femme, élargissant ainsi son accès à la santé et aux structures de soutien. Toutefois, la hausse de l'emploi de la femme comporte également des conséquences négatives, par exemple, surcroît de travail, perte de temps de loisirs, stress plus prononcé et exposition aux risques d'accidents de travail. En ce qui concerne les accords commerciaux, les impacts positifs sont notamment l'accès élargi aux médicaments, aux technologies, à l'information et aux services. Mais le coût de ces médicaments et services peut également être prohibitif. L'émigration du personnel qualifié pourrait être une autre conséquence négative. En ce qui concerne les réformes du

secteur de la santé, la principale question est de savoir si elles créent une corrélation équité-efficacité. Certes, des tendances telles qu'une concurrence plus resserrée et la participation du secteur privé peuvent améliorer l'efficacité et la qualité des services, mais elles risquent également de limiter l'accès pour les femmes les plus vulnérables. De même, les schémas de recouvrement des coûts pourraient améliorer la viabilité financière mais ils pourraient également signifier le refus de services à ceux qui en ont le plus besoin.

59. Les ministères de la santé peuvent aider à minimiser les éventuels effets négatifs de la mondialisation sur la santé des femmes en sensibilisant les ministères des finances et du commerce et en forgeant des alliances avec les ministères du travail, attirant l'attention sur les priorités sanitaires de la femme dans le cadre des négociations commerciales internationales et vérifiant que l'analyse des effets sanitaires possibles de la libéralisation du commerce était faite avant plutôt qu'après, faisant connaître les besoins de la femme et les questions d'équité et d'accès dans le débat du financement des soins de santé, faisant participer les activistes de la santé de la femme et les organisations communautaires dans le suivi et l'évaluation de la réforme du secteur de la santé et les politiques macroéconomiques et orientant la réforme du secteur de la santé vers la santé de la femme et les femmes les plus vulnérables.

Négociations mondiales concernant la santé et le commerce

60. Le Docteur Nick Drager (Service des stratégies, Bureau du Directeur général, OMS) a présenté les grandes lignes des activités entreprises par l'OMS, dont un grand nombre en partenariat avec l'OPS, pour essayer d'informer les négociations commerciales afin d'accorder une plus grande priorité aux intérêts de santé publique dans le programme commercial se concentrant notamment sur le commerce des services de santé et GATS.

61. L'OMS tente d'arriver à une vue équilibrée de la mondialisation, envisageant tant les possibilités que les risques. Le Sous-Comité connaît bien les risques dont la transmission transfrontalière des maladies, la commercialisation de produits nuisibles et les comportements malsains, ainsi que la dégradation de l'environnement pour n'en nommer que quelques-uns. Toutefois, s'il existe des risques, il existe également des possibilités. Certaines des possibilités sur le plan de la santé découlant de la mondialisation concernent notamment la diffusion à plus grande échelle des connaissances, le nombre accru d'incitations pour des recherches sur les maladies du pauvre, la plus grande disponibilité des ressources pour des interventions efficaces et les nouvelles règles contrôlant les risques transfrontaliers. De même, il existe des possibilités et des risques liés aux quatre modes de commerce des services de santé. L'OMS cherche à habiliter les pays pour qu'ils puissent profiter des possibilités et limiter les risques éventuels.

62. L'objectif général du travail de l'OMS concernant la santé et le commerce consiste à renforcer la capacité au sein de l'Organisation et dans les États Membres pour qu'ils reconnaissent et prennent en charge les implications sanitaires des accords commerciaux multilatéraux. Ce travail compte quatre fonctions : formulation des politiques et approches stratégiques de l'OMS, analyse et recherche, formulation d'outils et de formation, et soutien dans le pays. Les cinq accords commerciaux dont traite l'Organisation sont les suivants : l'Accord général sur les tarifs et le commerce (GATT), qui régit le commerce des biens ; l'Accord sur les obstacles techniques au commerce (OTC) et l'Accord sur l'application des mesures sanitaires et phytosanitaires (SPS), TRIPS et GATS. L'innocuité sanitaire, l'accès aux médicaments et le commerce des services de santé sont parmi les trois grandes questions de santé publique traitées par ces accords.

63. Le GATS est l'un des accords commerciaux les plus importants provenant des négociations commerciales de l'Uruguay puisqu'il pose un cadre juridique multilatéral pour le commerce des services. Il crée également de nombreux défis pour les personnes qui interviennent dans le domaine de la santé publique. Le GATS est devenu un sujet vivement controversé, puisqu'on se demande si l'accord représente une possibilité ou un risque en ce qui concerne la prestation d'un service public. Les négociations du GATS traitent des questions concernant tant les règles que l'accès au marché. Un grand nombre de pays sont déjà aux prises de la question de l'accès au marché sur le plan de la santé et, nul doute, d'autres y seront confrontés dans un avenir proche. Le GATS étant encore en train d'être négocié, le secteur de la santé a la possibilité d'exercer une influence pour garantir une attention adéquate aux implications de l'accord sur le plan de la santé.

64. Certaines des activités de l'OMS en ce qui concerne le GATS et le commerce des services de santé consistent notamment à formuler des directives pour aider les États Membres à exécuter une analyse nationale étayant la formulation et les négociations de politiques, la coopération avec l'Organisation pour la Coopération et le Développement économiques pour mettre en place une base de données essentielles, une analyse juridique du GATS sous l'angle de la santé publique, le suivi des négociations du GATS, ainsi que la publication d'un manuel sur le commerce des services de santé et le GATS. En outre, l'OMS a collaboré avec l'Organisation mondiale du commerce (OMC) pour réaliser un livre présentant une vue factuelle et équilibrée du sujet. Cet ouvrage est une bonne ressource fondamentale sur le commerce et la santé et il est disponible en anglais, en français et en espagnol et serait mis à la disposition de tous les États Membres.

65. Le Sous-Comité a accueilli favorablement le document et les communications, notant qu'il s'agissait d'une bonne vue d'ensemble de questions entourant la mondialisation et la santé et qu'il serait fort utile pour démarrer une discussion sur la manière dont l'OPS pouvait traiter au mieux les effets sanitaires de la mondialisation. On a proposé que, lors de la prochaine version du document, le concept de la mondialisation

soit concrétisé dans le sens où la tâche ne consisterait pas tant à définir la mondialisation, mais à cerner les éléments spécifiques du sujet qui pourraient être traitées. Par exemple, si la communication s'est concentrée sur les accords commerciaux internationaux, d'autres aspects pourtant de la mondialisation sont certainement tout aussi pertinents, tels que le mouvement accru des personnes d'un pays à l'autre. Ces mouvements comportent également des implications pour la santé, telles que le risque de propagation des maladies. A cet égard, le Délégué du Canada a signalé que son pays avait déclaré récemment une urgence sanitaire en ce qui concerne le syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS).

66. Cinq questions ont été proposées pour aider à mettre en exergue les éléments clés de la mondialisation susceptibles de guider l'Organisation dans l'optique des impacts sur la santé et les systèmes de santé : Quels étaient les facteurs essentiels de la mondialisation se répercutant sur la santé dans la Région ? Que savait-on de l'impact de ces facteurs ? Quels seraient les objectifs et les stratégies que devraient adopter les ministères de la santé pour mitiger l'impact ? Comment l'OPS pouvait-elle utiliser ce que l'OMS avait déjà fait ? Quelle était l'assistance dont avaient besoin les États Membres de l'OPS pour utiliser avec réussite la mondialisation ? En répondant à ces questions, l'Organisation devait examiner les divers aspects sous l'angle de l'équité entre les genres. On a également encouragé l'OPS à étudier les liens entre la santé et le commerce, lui permettant ainsi d'offrir des moyens pratiques aux représentants du secteur de la santé pour participer aux négociations ou discussions des politiques commerciales.

67. Le maintien d'une souplesse au niveau des politiques était vu comme un facteur essentiel pour les pays qui souhaitent préserver les systèmes de soins de santé dans le contexte des accords commerciaux internationaux. Les États Membres de l'OPS doivent être en mesure de fixer des politiques pour obtenir les avantages de la mondialisation tout en contrôlant certains de ses aspects négatifs. La combinaison des choix en matière de politiques allait varier d'un pays à l'autre au sein de la Région, mais une chose restait la même : si on ne protégeait pas la souplesse des politiques, alors les résultats de la mondialisation ne seraient pas optimaux. Tel que le remarque le document, la cohérence des politiques entre les ministères responsables du commerce et ceux responsables de la santé était un aspect essentiel pour profiter de la mondialisation. Le thème serait au titre de ceux couverts par un atelier conjoint OMS/Health Canada qui se tiendrait l'été prochain.

68. Les délégués ont approuvé l'importance qu'a accordée un des présentateurs à la santé en tant que composante fondamentale du développement, remarquant que le même point de vue était souligné dans le Rapport du PNUD sur le développement humain. On a noté que les questions soulevées par un autre présentateur concernant la mobilité de la main-d'œuvre et des services seraient une adjonction importante au contenu du document, qui serait renforcé par une analyse des conditions structurelles du marché du

travail pour les professionnels de la santé et de l'identification des manières en vue de réduire les disparités économiques entre les pays.

69. Plusieurs délégués ont observé que les présentations avaient aidé à élargir l'approche adoptée dans le document, puisque à certains endroits, ce dernier donnait l'impression que les dimensions de la santé liées à la question de la mondialisation ne traitaient en fait que du commerce des médicaments et du matériel médical, alors que les communications avaient montré clairement qu'il fallait aller plus loin et envisager également le commerce des services. En outre, les communications ont montré clairement que, dans le domaine spécifique du commerce des médicaments, il fallait situer le débat non pas en termes nationaux, mais régionaux.

70. La Déléguée des États-Unis a indiqué que sa délégation avait également trouvé que les communications étaient instructives et utiles. Toutefois, les États-Unis étaient profondément déçus par le Document SPP37/5. Il donnait une impression biaisée et négative du commerce et des échanges économiques et faisait des recommandations aux fins d'action de la part de l'OPS qui allaient bien au-delà du mandat et de la compétence de l'Organisation. Le point de l'ordre du jour ne devait pas être présenté au Comité exécutif sans révisions fondamentales se concentrant davantage et de manière plus stricte sur le rôle spécifique que joue l'OPS dans le domaine de la santé publique. Le document traitait de toute une gamme de questions, certaines se rapportant directement à la santé et d'autres de manière plus marginale, mais un grand nombre d'entre elles entraient dans la compétence de l'entité internationale responsable des questions commerciales, à savoir l'Organisation mondiale du commerce, et non pas l'OPS. En effet, l'OPS devait chercher à aider les États Membres à traiter des questions non commerciales, telles que l'infrastructure et l'éducation sanitaire, ainsi que l'acquisition et la distribution de médicaments nécessaires dans le cadre des règles du commerce libéralisé. Plusieurs résolutions de l'Assemblée mondiale de la santé fournissent des directives à l'OMS pour traiter des questions commerciales et sanitaires. Si l'OMS souhaite offrir une assistance technique aux États Membres concernant les accords de l'OMC, elle devait s'en remettre à l'OMC ou à l'Organisation mondiale de la propriété intellectuelle (WIPO) en tant qu'expert technique. L'OPS, en tant que Bureau régional de l'OMS pour les Amériques, devait également s'en remettre aux entités internationales pertinentes si on lui demandait de fournir une assistance technique.

71. Le Docteur Rocío Sáenz (Costa Rica, Présidente du Sous-Comité de la femme, de la santé et du développement) a noté que le document et les communications ne semblaient pas discuter beaucoup des besoins spécifiques des groupes vulnérables, surtout des femmes. Le rôle de l'OPS et de l'OMS consiste non seulement à soulever des thèmes de discussion, mais également à défendre fermement certaines attitudes qui doivent être prises en compte dans les négociations. Elle a noté que le Sous-Comité de la femme, de la santé et du développement avait préparé des recommandations qui se

rapportaient à ce thème. Ces recommandations seraient présentées aux fins d'examen au Comité exécutif en juin.

72. S'agissant des commentaires du Sous-Comité, le Docteur Kickbusch revient à la question de l'interface entre la mondialisation, le genre et la santé. On a noté que le rapide changement social et le changement dans le rôle des hommes étaient à l'origine de réponses entraînant des conséquences non voulues pour les femmes, surtout sous forme de violence. Autre aspect lié à la discussion du genre : la manière dont la restructuration mondiale avait modifié la vie des hommes jeunes dans les pays avec une population de jeunes très élevée, leur laissant des possibilités insuffisantes d'emploi et un rôle masculin utile. Il était important d'envisager les impacts positifs et négatifs de la mondialisation, pas tant pour les femmes ou les hommes, mais plutôt pour les relations entre les deux sexes.

73. Le Docteur Das a fait remarquer que tout ce dont on disposait à l'heure actuelle était une idée *ex post* de l'impact que la mondialisation avait sur la santé de la femme et sur les relations entre les sexes. Il est un fait que les preuves empiriques sont mitigées, inadéquates et contradictoires, mais le lien est bien clair. Il est important à présent de passer à une compréhension *ex ante* et cela veut dire qu'il faut faire participer les organisations féminines dans les interactions avec les ministères de la santé, dans la formulation des politiques et dans les négociations commerciales. En second lieu, la question de la santé des adolescents est importante, surtout en une époque de contraction du secteur public et de libéralisation économique à grande échelle où le segment de la population âgée de 15 à 19 ans, tant masculin que féminin, courait des risques accrus de se retrouver au chômage. Il fallait notamment accorder une attention aux besoins de santé des jeunes femmes, du point de vue de leurs droits sexuels et droits en matière de reproduction. Il s'agit de questions politiques extrêmement importantes. Si on n'encourage pas les groupes les plus vulnérables de jeunes filles à consulter les services de santé de la reproduction dont elles peuvent avoir besoin, cela peut entraîner des conséquences très graves alors que vieillit cette cohorte d'âges.

74. Le Docteur Warner a souligné à nouveau qu'au regard de la migration accrue de la main-d'œuvre et des capitaux au sein du continent, il fallait étudier les implications générales du point de vue intégration des systèmes de santé. Le Docteur Drager a indiqué que, sur le plan cohérence des politiques, surtout entre la santé et le commerce, l'OMS avait certainement un rôle à jouer, tant dans le monde qu'au niveau national. Des réunions régulières étaient organisées entre les Directeurs généraux de l'OMC et de l'OMS, et les deux organisations travaillaient en étroite collaboration au niveau technique. L'OMS devra continuer à soutenir les pays et leurs ministères de la santé, en leur apportant les faits et l'analyse étayant les négociations entre les ministères du commerce. L'idée n'était pas de créer un immense programme de santé et de commerce. Le groupe au Siège de l'OMS travaillant sur les questions était très petit et resterait

restreint. La véritable action était déployée aux niveaux national et régional, et c'est là que l'OMS espérait renforcer la capacité en collaborant avec des centres d'excellence dans les divers pays.

75. Le Docteur Vieira a remercié les participants de leurs commentaires, surtout ceux d'importance critique, nécessaires pour améliorer et renforcer le document. Les suggestions faites pour activer le concept de la mondialisation et se concentrer sur les thèmes spécifiques qui importent véritablement pour le secteur de la santé étaient très importantes et seraient prises en compte lors de la prochaine version du document. Certaines activités réalisées en ce domaine avaient grandement bénéficié des expériences au Canada, telles que la consultation entre Health Canada et la société civile sur les implications des questions de santé découlant des accords commerciaux. Une entreprise conjointe à Montevideo, faisant participer des chercheurs du domaine commercial et des chercheurs du domaine de la santé, était une autre expérience intéressante soulevant les mêmes questions abordées par les présentateurs. La rencontre avait permis d'arriver à de très bonnes idées du point de vue suivi et analyse supplémentaire. Concernant plusieurs suggestions sur le partage d'information et d'expérience, il a noté que l'OPS participait activement à plusieurs forums dans lesquels se réalisaient de tels échanges. L'un, situé aux États-Unis, couvrait également l'Amérique latine et les Caraïbes et l'autre se situait au sein du MERCOSUR.

76. L'interaction entre les questions commerciales et sanitaires était un domaine où existait très peu d'expertise, surtout au sein des Ministères du Commerce, qui sont les chefs de file des négociations commerciales. Le but de l'OPS était de promouvoir un dialogue entre les ministères de la santé et ceux du commerce afin de vérifier que les questions de santé étaient prises en compte adéquatement lors de ces discussions. Même dans des organisations internationales, telles que l'OMC et la Conférence des Nations Unies sur le commerce et le développement (CNUCED), on manquait de compétence en santé et, par conséquent, les dimensions sanitaires des accords commerciaux étaient souvent ignorées. Aussi, fallait-il un effort conjoint entre les organisations pour vérifier qu'une attention adéquate était accordée aux problèmes sanitaires dans le cadre des négociations commerciales.

77. Le Directeur a remercié les présentateurs pour des communications attentives, qui ont permis de renforcer nettement la connaissance du Sous-Comité face à la question. Les idées présentées dans les communications et la discussion seraient très utiles au Secrétariat pour améliorer le document. Elle a rappelé aux Membres du Sous-Comité que l'OPS est engagé depuis longtemps dans le domaine des questions de santé et de commerce. De fait, l'une des raisons pour lesquelles l'OPS avait été créée, il y a 100 ans de cela, était de faciliter l'échange d'information et d'améliorer les conditions de santé pour promouvoir le commerce entre les pays des Amériques et ceux de l'Europe. L'Organisation continue à répondre aux demandes de coopération technique venant des

pays dans des domaines concernant la santé et le commerce. L'OPS avait participé aux questions commerciales dans les années 90 en Uruguay, quand la libéralisation du commerce du sel avait menacé de faire perdre les énormes progrès réalisés suite à 70 ans de législation sur le sel iodé, qui avait pratiquement permis d'éliminer le terrible problème du retard mental lié à la carence en iode. Heureusement, dès que l'alarme a sonné, des mesures de contrôle d'urgence ont été introduites. Cela souligne bien la nécessité de l'analyse *ex ante*, tel que l'avait indiqué le Docteur Das, afin de cerner les éventuels effets négatifs des décisions commerciales avant qu'ils ne se matérialisent.

78. Fidèle à la mission confiée à l'OPS dès le départ, l'Organisation cherchait à maximiser les effets positifs et à réduire les impacts négatifs de certains aspects de la mondialisation. Par exemple, l'OPS avait mené à bien un projet hautement apprécié à la demande du MERCOSUR qui a été adopté par la suite par la FAO au niveau mondial, à savoir l'organisation de bases de données sur la réglementation des produits alimentaires. En Uruguay, cette information a été fournie en ligne pour faciliter les négociations et accélérer la signature des accords.

79. L'OPS intervenait également dans le domaine difficile de l'autorisation d'exercer ou patente des professionnels de la santé. L'Organisation avait fourni un soutien technique pour harmoniser les réglementations afférentes à la patente aux Caraïbes et cherchait à présent à harmoniser les conditions liées à la patente des professionnels de la santé dans le MERCOSUR. Dans ce domaine et dans d'autres d'ailleurs, en réponse aux demandes des pays, l'Organisation essayait d'encourager le dialogue entre les différents secteurs au sein des pays. Elle visait notamment à organiser des équipes multisectorielles dans les pays pour aider les pouvoirs nationaux participant aux négociations sur les divers aspects de la mondialisation. L'OPS avait réalisé ce travail avec les ressources existantes. Elle n'avait reçu aucune forme de soutien extrabudgétaire et n'avait pas non plus pris sur les ressources consacrées au soutien des pays. Ce travail faisait appel à un grand nombre des services de l'Organisation puisque sa nature touche à toute une série de questions et de domaines.

80. Elle a conclu en remerciant à nouveau le Sous-Comité pour ses commentaires qui allaient aider le Secrétariat à revoir et à améliorer le document et à renforcer le travail de l'OPS concernant la mondialisation et la santé.

Famille et santé (Document SPP37/6)

81. Le Docteur Ernest Pate (Chef a. i., Service de la femme et de la santé maternelle, OPS) a décrit l'initiative de l'OPS concernant la famille et la santé, qui vise à améliorer la santé et à renforcer la qualité de la vie grâce à une approche axée sur la famille. Il a commencé par expliquer certains des aspects théoriques de la famille et de la santé. En effet, la famille est l'unité de base de l'organisation sociale et c'est également le contexte dans lequel sont adoptés en premier les comportements sanitaires et les décisions sur le

plan de la santé. Aussi, l'Organisation pense-t-elle que la famille doit être prise en compte dans toutes les analyses, conceptions et planifications pour la santé.

82. Il existe de subtiles différences dans la signification entre « santé de la famille » et « santé familiale » et ces différences sont fondamentales pour l'analyse de ce qui constitue les interventions sanitaires dans un contexte familial. « Santé de la famille » concerne la famille en tant qu'unité, alors que « santé familiale » concerne la santé des individus au sein de l'unité familiale. L'OPS utilise le terme « famille et santé » pour dénoter tant la santé de la famille que celle de ses membres pris individuellement.

83. Lors des 10 années précédentes, un certain nombre de sommets internationaux ont traité de questions se rapportant à la famille et à la santé. Ces sommets ont déclaré que la famille était intitulée à recevoir une protection complète et un appui et ils ont recommandé que soient formulées des politiques et des lois qui allaient soutenir et contribuer à la famille et à sa stabilité. Ils ont également mis en exergue le rôle de la famille pour promouvoir la santé et la nécessité de réorienter les services de santé vers la famille.

84. Fidèle à sa mission et répondant aux changements démographiques, sociaux et économiques qui sont des sources de tension pour les familles dans les Amériques, l'OPS a formulé son initiative de la famille et de la santé. A cette fin, l'Organisation s'est inspirée de l'expérience des pays de la Région qui avaient appliqué des modèles ou programmes de santé familiale. Ces programmes comportent plusieurs analogies : ils sont orientés sur le médecin, ils se concentrent sur la famille dans la communauté, ils sont financés par l'Etat et ils prodiguent des services intégrés. La plupart des modèles considèrent la famille comme le contexte où se crée la santé et ils ont tous utilisé l'approche équipe à la prestation des soins de santé. En outre, la plupart des modèles octroient directement les ressources du système de santé dans la communauté en plaçant des équipes proches des familles. L'OPS a proposé de suivre cet exemple en utilisant une conjugaison de stratégies de prévention des maladies et de promotion de la santé.

85. L'Organisation a adopté l'approche sur le cycle de la vie qui reconnaît que la santé commence avant la conception et que ses fondements se poursuivent lors de la prime enfance et de l'adolescence. Ses interventions visent à renforcer l'approche de la promotion et de la protection de la santé, à supprimer les inégalités, à servir les groupes marginalisés et à encourager le respect et la protection pour les droits de la famille. Cette approche vise également à faire participer les familles à la formulation d'approches reposant sur des interventions centrées sur la famille. On a retenu huit domaines prioritaires où une action pouvait être menée: santé maternelle et infantile, santé et développement de l'enfant, santé de l'adolescent, aptitudes parentales, environnements physiques et sociaux sans risques, soins conférés par la famille aux personnes âgées,

santé mentale et développement psychosocial et violence. Les stratégies dont se servira l'OPS pour intervenir dans ces domaines sont décrites dans le Document SPP37/6.

86. Le Sous-Comité s'est montré pleinement en faveur des efforts déployés par l'OPS dans le domaine de la famille et de la santé. En effet, on a jugé que la priorité accrue qu'accordait l'Organisation à ce domaine arrivait en temps opportun puisqu'elle coïncidait avec les efforts faits pour renforcer la famille et améliorer la santé familiale dans bien des pays, ainsi que le futur 10^e anniversaire de l'Année internationale de la famille. L'anniversaire en 2004 serait l'occasion donc d'attirer une attention internationale sur les questions se rapportant à la santé de la famille. Plusieurs délégués ont décrit diverses initiatives de santé de la famille en cours dans leur pays et ont proposé de partager leurs expériences, tant avec l'OPS qu'avec d'autres États Membres. On a encouragé l'Organisation à utiliser l'enseignement retiré de ces expériences pour façonner son approche face à la famille et à la santé. Par ailleurs, on a remarqué qu'il n'existait pas une seule « recette » pour la santé de la famille. Le modèle appliqué doit correspondre aux caractéristiques de la famille et du système de soins de santé dans chaque pays. Qui plus est, lors de la conception des interventions de la santé de la famille, il fallait tenir compte des modes culturels et religieux qui exercent une profonde influence sur les valeurs familiales et la vie familiale, et également sur les comportements de santé et de soins.

87. Plusieurs délégués se sont montrés préoccupés par l'apparition de certaines tendances inquiétantes dans leur pays pouvant avoir un impact négatif sur l'intégrité de la santé de la famille. En effet, le taux accru de divorces et de séparations, de grossesses de l'adolescente et de familles avec un seul parent venant s'ajouter à d'autres problèmes socioéconomiques affaiblit la famille et, par la suite, menace le tissu même de la société. Aussi, toute initiative visant à améliorer la santé de la famille doit-elle tenir compte de tous les facteurs qui se répercutent sur la stabilité de la famille et la vie familiale. Toutefois, un grand nombre de ces facteurs n'entrent pas directement dans le contrôle du secteur de la santé et, par conséquent, il est essentiel de se donner une approche intégrée et intersectorielle. Par ailleurs, il est impératif d'augmenter la base d'information et de connaissance sur la pléthore de variables à l'origine de la santé de la famille.

88. Le Sous-Comité convient des domaines d'action prioritaires retenus dans le document, bien que certains délégués proposent d'ajouter plusieurs autres aspects qui devront être traités dans certains de ces domaines. Par exemple, sur le plan de la santé maternelle et infantile et de la santé et du développement de l'enfant, les délégués pensaient que des références explicites devaient être faites à d'autres composantes, telles que la vaccination, la prévention des malformations congénitales, la promotion des facteurs de protection, la prévention des infections sexuellement transmissibles, l'éducation lors de la prime enfance et l'utilisation saine du temps de loisirs. Ils ont noté que la pandémie du VIH/SIDA frappait durement les familles et qu'il était nécessaire

d'encourager et de faire connaître des choix et styles de vie sains ciblant essentiellement les adolescents et les jeunes. Dans le domaine de la santé mentale, la consommation abusive d'alcool est un autre grave problème qui affecte les familles. C'est un problème de plus en plus grave parmi les adultes et, chose encore plus alarmante, parmi des adolescents à des âges de plus en plus jeunes. La violence familiale était également un grave problème qu'il faudrait traiter dans le cadre de l'initiative. A l'avis de plusieurs délégués, il fallait accorder une attention accrue aux hommes, tant pour leurs besoins sanitaires spécifiques que sous l'angle de leur rôle en tant que parents et personnes s'occupant de la famille.

89. On a proposé que l'OPS envisage une approche ciblée ou progressive face à la mise en oeuvre de l'initiative au vu du grand nombre de domaines prioritaires dans lesquels l'Organisation se proposait d'intervenir. On a également proposé que la version suivante du document apporte plus d'information sur la manière spécifique dont l'OPS pouvait appliquer les stratégies. En outre, on a souligné la nécessité d'assurer le suivi et l'évaluation des progrès de l'initiative.

90. Le Docteur Pate a observé que plusieurs thèmes communs étaient ressortis de la discussion, notamment l'idée de l'intégration. L'OPS était tout à fait consciente de la nécessité de se donner une approche intégrée et intersectorielle. L'Organisation reconnaît que l'approche médicalisée ne rapporterait pas les résultats souhaités. Les données disponibles, même si elles sont limitées, indiquent clairement la nécessité d'intégrer les interventions sociales et économiques avec les interventions de santé. Il remarque que la « famille et la santé » ne constitue pas un programme vertical, c'est davantage une initiative qui concerne les divers services dans le domaine de la Santé familiale et communautaire et touche également à d'autres services du Secrétariat. Un grand nombre des préoccupations soulevées par les délégués seraient traitées dans le cadre de cet effort conjoint. Par exemple, la vaccination et le VIH/SIDA constituaient la priorité d'autres services dans le domaine de la Santé familiale et communautaire.

91. Le Secrétariat était également au courant des vastes différences culturelles qui existent dans la Région, d'où la nécessité de formuler des modèles souples et adaptables aux caractéristiques et conditions des pays pris individuellement. En effet, c'était essentiel puisque, tel que l'avait justement remarqué à ce propos le Sous-Comité, il n'existait pas de modèle unique qui puisse être appliqué dans tous les cas. Par ailleurs, il était également important d'assurer le suivi et l'évaluation de l'impact de l'initiative. Le Secrétariat avait prévu de s'inspirer de l'expérience de pays comme le Brésil, le Canada, Cuba et les États-Unis, qui avaient formulé des indicateurs pour mesurer les effets de leurs programmes de santé de la famille.

92. Concernant le rôle des hommes dans la santé de la famille, il note que l'OPS collaborait actuellement avec l'Organisme allemand de coopération technique (GTZ)

concernant une étude dans plusieurs pays sur la participation masculine à la santé sexuelle et reproductive. Ce projet était réalisé depuis deux ans dans les sept pays de l'Amérique centrale et, normalement, on devait disposer des résultats préliminaires à la fin de 2003. L'information dégagée par cette étude serait utilisée pour concevoir des modèles visant à renforcer l'engagement des hommes aux soins de santé sexuelle et reproductive. Outre les composantes de la santé, ces modèles traiteraient également de questions se rapportant à la communication et au changement de comportement.

93. En guise de conclusion, il a remercié les pays qui avaient offert de partager leur expérience et leur a indiqué que l'OPS ne manquerait pas de les consulter aux fins de directives alors que l'Organisation mettait sur pied l'initiative de famille et de santé.

94. Le Directeur était très satisfait de voir que la première itération du document sur la famille et la santé était aussi bien reçue. Les commentaires du Sous-Comité aideront le Secrétariat à améliorer la version suivante. A son avis, la création du domaine de la Santé familiale et communautaire permettrait au Secrétariat d'adopter une approche intégrée à la santé de la famille. Toutefois, il est également nécessaire d'obtenir l'avis d'autres domaines. Par exemple, dans le domaine de l'information et du suivi, une vaste expérience avait été acquise grâce aux enquêtes auprès des ménages. Certes, « ménage » et « famille » ne sont pas forcément synonymes, mais il n'en existe pas moins une association étroite entre les deux concepts et ces enquêtes pourraient être une bonne source d'information sur la santé de la famille, ainsi que de données sur des variables économiques, sociales, démographiques et autres qui influencent la santé de la famille.

95. Il faudrait également faire appel aux activités du Service genre et santé, notamment le projet sur la violence liée au genre et ses causes. L'information de ce projet pourrait être utilisée pour identifier les facteurs de protection qui pourraient être intégrés aux activités de promotion de la santé dans le cadre de l'initiative famille et santé. Le système de suivi et de surveillance, associé au projet sur la violence, s'avèrera également fort utile.

96. Le service qui traite de l'expansion de la protection sociale en santé pourrait également faire une contribution importante à l'initiative, surtout en cernant les schémas d'assurance maladie apportant une meilleure couverture aux familles. A cet égard, elle note que les délégués à la 20^e session du Sous-Comité de la femme, de la santé et du développement avaient noté que certains systèmes n'assuraient pas la protection des époux des femmes qui travaillent, alors que les employés masculins avaient le droit à une couverture pour leur épouse et leur famille. L'existence de telles pratiques discriminatoires montre qu'il est nécessaire pour les politiques et la législation de protéger et de soutenir les familles.

97. Les politiques et la législation étaient également essentielles pour conférer un caractère légitime aux modèles de santé de la famille qui seraient mis sur pied. A cet égard, elle met en garde, indiquant qu'il était important d'éviter de transférer les responsabilités de soins aux familles sans leur fournir par ailleurs les ressources et le soutien nécessaires, tant financiers que sous l'angle de la réorganisation du système de santé. En effet, un tel transfert obérerait les familles et aggraverait le problème de la pauvreté—car, nul doute, certains membres de la famille devront abandonner leur emploi pour soigner d'autres membres de la famille—situation qui aggraverait au lieu d'améliorer la santé de la famille et la qualité de la vie.

98. Enfin, répondant aux commentaires sur la consommation abusive d'alcool et ses répercussions sur les familles, elle assure le Sous-Comité que l'OPS est en train de prendre les mesures nécessaires pour traiter le problème. Le chef du service de santé mentale demande depuis longtemps qu'une attention accrue soit accordée à l'alcoolisme et à la toxicomanie et un conseiller régional a été recruté tout particulièrement pour traiter ce problème.

Contrôle de la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelles (Document SPP37/7)

99. Le Docteur Virginia Camacho (Conseillère régionale, Initiative de la réduction de la Mortalité maternelle, OPS) a récapitulé les points essentiels du document, préparés suite à l'approbation, par les États Membres, de la Stratégie régionale pour la réduction de la mortalité et de la morbidité maternelles lors de la 26^e Conférence sanitaire panaméricaine l'année précédente. La Résolution CSP26.R3 de cette Conférence avait prié le Directeur de renforcer les systèmes d'information et de surveillance pour suivre les progrès faits au niveau de la réduction de la mortalité et morbidité maternelles.

100. Le document a pour objet d'articuler une proposition qui aiderait le Secrétariat et les pays aux niveaux, tant national que local, à suivre les progrès en vue d'atteindre le but du Sommet du millénaire qui est de réduire la mortalité maternelle de 75% entre 1999 et 2015. Deux indicateurs ont été créés pour ce but : le taux de mortalité maternelle et la proportion de naissances avec assistance de personnel qualifié. De plus, la proposition ébauchée dans le document vise à aider les États Membres à répondre à l'engagement qu'ils ont pris aux termes de la Résolution CSP26.R13, à savoir réduire les écarts de la mortalité maternelle qui existent tant à l'intérieur des pays qu'entre les pays de la Région.

101. Le document aborde la question du suivi sous trois angles : comment mesurer les progrès du point de vue des indicateurs de l'impact (à savoir, les taux de mortalité maternelle), comment mesurer les activités réalisées sur l'ensemble de la Région pour traiter les problèmes de la mortalité maternelle (à savoir, formulation de politiques, de plans et de programmes), et comment l'Organisation pouvait le mieux appuyer les activités des pays. L'OPS propose d'utiliser les systèmes existants et de s'inspirer au

maximum des bonnes pratiques et bons enseignements dégagés par les pays de la Région lors de la mise sur pied de systèmes de suivi aux niveaux régional, national et local. On a jugé qu'il était essentiel d'améliorer la capacité de suivi au niveau local puisque c'est ce niveau qui collecte l'information dont se servent les systèmes de suivi et que c'est également à ce niveau que vit la population affectée.

102. S'inspirant de la Stratégie régionale, le document a retenu les composantes clés d'un système de suivi de la mortalité et de la morbidité maternelles, de pair avec des indicateurs connexes et des questions auxquelles il faudrait répondre dans chacune de ces composantes. S'agissant des composantes suivantes : création et exécution de politiques, de plans et de programmes pour la réduction de la mortalité et de la morbidité maternelles ; affectation de ressources d'investissement public à cette fin ; disponibilité et utilisation des soins obstétricaux essentiels (de base et complets) et soins qualifiés lors de l'accouchement ; stratégies pour habiliter et donner aux femmes, aux familles et aux communautés les moyens de s'aider, approche qui a eu un impact très important, tel que le montre la recherche, sur la réduction de la mortalité maternelle et l'amélioration de la santé maternelle ; statistiques de l'état civique, systèmes de surveillance et utilisation d'information aux fins d'action ; ainsi que le fait de forger des partenariats, autre élément qui a eu un impact important, non seulement pour la formulation de politiques publiques, mais également pour l'examen continu de l'exécution des plans et des programmes et pour la participation de la société civile au processus.

103. On a demandé au Sous-Comité de préciser davantage la pertinence de ces composantes et la manière dont la coopération technique de l'OPS pouvait soutenir les pays au niveau de l'application de systèmes pour le suivi de la morbidité et de la mortalité maternelles. On a également invité le Sous-Comité à exprimer ses opinions quant à la manière de promouvoir la participation active des parties concernées, surtout les groupements féminins, et d'indiquer comment on pouvait identifier les indicateurs qui sont conformes aux mandats internationaux, aux plans nationaux et locaux, ainsi qu'aux objectifs des parties concernées.

104. Le Sous-Comité a trouvé que le document était bien rédigé et bien organisé, et il a approuvé la proposition de l'Organisation d'assurer le suivi de la mortalité et de la morbidité maternelles. En effet, la réduction de la mortalité maternelle était jugée une autre priorité par tous les pays, même ceux dont les taux sont relativement faibles, et la mise sur pied d'un système de suivi efficace était jugée une étape essentielle pour déterminer où et pourquoi les décès maternels continuent à survenir. Le suivi aiderait également à trouver les causes de la morbidité maternelle. A cet égard, on a souligné l'importance de bons soins prénatals tout au long de la grossesse, ainsi que des soins qualifiés lors de l'accouchement. Une autre stratégie essentielle pour améliorer la santé maternelle consiste à améliorer les services de santé sexuelle et reproductive et l'accès rapide et gratuit aux méthodes de planification familiale.

105. Les délégués ont convenu des composantes fondamentales de la proposition et pensaient qu'elle servirait de bon cadre pour la formulation des plans de suivi aux niveaux national et local. Ils ont fait l'éloge de l'orientation de la proposition vers le pauvre et le désavantagé et l'accent qu'elle met sur la participation locale et le ciblage de domaines et de régions où l'on sait que les décès maternels sont sous-notifiés. On a remarqué que la santé maternelle était étroitement liée à la santé familiale en général et qu'il fallait faire participer les familles et les communautés aux programmes de réduction de la morbidité et la mortalité maternelles.

106. On a vivement soutenu les efforts faits par l'Organisation en vue d'éviter tout double emploi d'efforts, de s'inspirer des systèmes d'information existants et de forger des alliances avec d'autres organisations qui cherchent à traiter les causes de la morbidité et de la mortalité maternelles. Plusieurs délégués ont noté que les organisations dans leurs pays avaient mis au point des outils et des méthodologies à cette fin et ont offert de partager leurs expériences avec l'OPS. Plusieurs délégués ont également indiqué qu'ils allaient présenter par écrit d'autres suggestions et commentaires concernant le document.

107. Le Docteur Camacho est heureuse de recevoir ces contributions écrites. Elle est tout à fait d'accord avec les délégués qui ont insisté sur la nécessité de se concentrer sur la réduction de la morbidité maternelle ainsi que de la mortalité maternelle. Bien que le document ne se penche pas en détail sur cet aspect du travail de l'Organisation, il s'agissait d'une composante importante de la coopération technique de l'OPS dans le domaine de la santé maternelle et infantile, surtout dans les pays qui ont déjà de faibles taux de morbidité maternelle. La réduction de la morbidité pendant la grossesse permettrait non seulement de prévenir le décès maternel mais aiderait également les mères à éviter d'autres problèmes de santé par la suite dans leur vie. Les pays avec de faibles taux de mortalité maternelle qui continuent à retenir la mortalité maternelle comme une priorité dans leurs politiques publiques sont source d'un exemple important – un exemple qui reconnaît que même un seul décès maternel, c'est encore de trop. De même que la Région s'est donnée le but d'éliminer la rougeole, elle doit lutter pour éliminer la mortalité maternelle.

108. Le Directeur pensait qu'il était important d'adopter une approche stratifiée au problème de la mortalité maternelle. Si, dans des pays avec des taux intermédiaires ou faibles, le suivi revêtait un caractère critique pour réduire encore davantage les taux, et surtout pour identifier les causes de la morbidité maternelle, par contre, dans les pays avec des taux élevés de mortalité maternelle, la priorité devait être donnée à l'action. Les causes étaient déjà connues et il existait des interventions qui avaient fait leurs preuves. Ce qu'il fallait, c'est vérifier que ces interventions sont appliquées, ciblant notamment les zones géographiques et les groupes de la population qui courent le plus de risques.

109. Parallèlement, il est important de faire participer des groupements féminins organisés aux activités de réduction de la mortalité maternelle car ce sont ces groupes qui attirent souvent l'attention sur les questions difficiles qu'il faille traiter. Par exemple, dans certains pays, les femmes avaient été convaincues que l'accouchement par césarienne était pour elles et meilleur pour le bébé, opinion alimentée par la profession médicale. Par conséquent, certaines femmes étaient décédées des suites de complications liées à des césariennes inutiles. Une fois le problème mis à jour, il a fallu l'attaquer car sinon, les taux de mortalité maternelle dans la Région seraient restés trop élevés, à un niveau inacceptable.

Obésité, nutrition et activité physique (Document SPP37/8)

110. Le Docteur Enrique Jacoby (Conseiller régional, Service de nutrition, OPS) a décrit la stratégie proposée pour combattre le problème croissant de l'obésité dans la Région. Cette stratégie insiste sur la prévention et vise à cerner les facteurs qui empêchent les gens de prendre des choix sains en ce qui concerne le régime alimentaire et l'activité physique. Il a commencé par présenter des statistiques sur la prévalence de plus en plus élevée du poids excessif et de l'obésité dans les pays des Amériques. Cet accroissement s'est accompagné d'une augmentation parallèle d'un taux de cholestérol élevé, d'hypertension et d'autres problèmes liés au régime alimentaire. Le problème prend de l'ampleur dans tous les pays, pas simplement dans ceux aux revenus élevés. Toutefois, le revenu influence les taux d'obésité. Dans les pays riches et pauvres, jusqu'à un certain point, un revenu plus élevé est corrélé à l'obésité, mais au-delà de ce point, parmi les segments à revenus élevés de la population, les taux d'obésité sont plus faibles.

111. Une grande partie du poids excessif et de l'obésité pourrait être évitée grâce à des changements dans le régime alimentaire et le niveau d'activité physique, qui représentent des choix de style de vie. Néanmoins, ces choix subissent l'influence de facteurs environnementaux. Par exemple, la conception d'un grand nombre de villes exige des transports motorisés, faisant qu'il est difficile de marcher ou d'avoir d'autres formes d'activité physique. De même, la disponibilité sans cesse plus grande d'aliments transformés riches en énergie et en matières grasses ont modifié les modes de consommation, augmentant le nombre de calories consommées par jour, tout en réduisant l'apport en fruits et légumes. Aussi, le défi que doit relever le secteur de la santé publique est de faciliter la prise de choix plus sains chez les gens, surtout les segments à faibles et à moyens revenus où le problème est le plus grave.

112. La stratégie proposée dans le Document SPP37/8 est une approche située sur plusieurs axes qui insiste sur la prévention, reconnaissant qu'il est bien facile et moins cher de prévenir l'obésité plutôt que d'en traiter les conséquences par la suite. Qui plus est, la plupart des pays de la Région, tout simplement, n'ont pas les ressources nécessaires pour traiter les problèmes de santé liés à l'obésité dans une population de plus en plus âgée. Aussi, la stratégie vise-t-elle à intégrer les efforts pour prévenir l'obésité et

les maladies non transmissibles. Elle cherche également à modifier les facteurs environnementaux qui rendent difficile le changement comportemental et les choix sains pour certains segments de la population disposant des revenus les plus faibles et qui sont les moins instruits. Un grand nombre de ces facteurs entrent dans le champ d'action d'autres secteurs et, par conséquent, il est essentiel, dans le cadre de la stratégie, de forger des partenariats à l'extérieur du secteur de la santé. Collecter un plus grand nombre de données de meilleure qualité représente un autre aspect important du problème.

113. Le Docteur Jacoby a conclu sa présentation en insistant sur le fait que toutes les activités et tous les éléments proposés dans le cadre de la stratégie convergent vers un but fondamental : faire du choix sain un choix facile.

114. Le Sous-Comité félicite l'engagement de l'Organisation dans ce domaine. On indique que les activités de l'OPS renforceront l'effort à plus grande envergure de l'OMS en vue de formuler une stratégie mondiale sur le régime alimentaire, l'activité physique et la santé. Plusieurs délégués font savoir que l'orientation préventive de la stratégie proposée de l'OPS était conforme aux initiatives actuelles dans leurs pays visant à encourager le changement comportemental et à promouvoir des styles de vie sains par l'entremise d'une approche intégrée et intersectorielle faisant appel à toute une gamme de partenaires. A cet égard, il souligne la nécessité de faire participer l'industrie de la production alimentaire pour traiter le problème du régime alimentaire et de l'obésité. Par exemple, un délégué propose que l'industrie alimentaire soit une source de financement pour la recherche en ce domaine. Un autre remarque qu'il est important que le secteur de la santé collabore avec l'industrie alimentaire pour améliorer l'étiquetage des aliments conditionnés et donner ainsi aux consommateurs l'information dont ils ont besoin pour faire des choix plus sains.

115. En général, le Sous-Comité a trouvé que le document était un bon point de départ pour une stratégie efficace, bien que certains délégués aient proposé d'intégrer des éléments supplémentaires, notamment l'identification des composantes et activités nécessaires pour mettre en œuvre une stratégie au niveau national, des recommandations afférentes aux politiques et réglementations nationales, ainsi que des indicateurs du suivi et de l'évaluation. Un délégué a noté que, dans un grand nombre de pays, on prenait de plus en plus les repas dans les restaurants et la stratégie devait donc tenir compte de cette tendance. On a également proposé que la stratégie se concentre sur le maintien d'un poids sain—grâce à un bon régime alimentaire et à une activité physique supplémentaire—plutôt que sur la perte de poids, encourageant par ailleurs la responsabilité individuelle aux niveaux du régime alimentaire et de l'activité physique plutôt que de dépendre de trop des programmes de perte de poids.

116. Plusieurs délégués ont indiqué qu'ils feraient des suggestions supplémentaires par écrit. La Déléguée des États-Unis a ajouté que sa délégation ferait des commentaires par

écrit sur certains aspects qui la préoccupent dans le document, notamment les arguments avancés à plusieurs reprises concernant l'impact de la publicité sur les habitudes alimentaires et le lien entre obésité et consommation de certains types d'aliments, que ne semblent pas étayer les données actuelles. Sa délégation est également préoccupée par la section du document qui semble proposer que les pays se penchent sur les réglementations, droits tarifaires et taxes comme moyen de modifier les préférences alimentaires et le comportement alimentaire. L'OPS semble suggérer que les États Membres envisagent éventuellement de ne pas se conformer aux accords de l'Organisation mondiale du commerce. Il s'agit d'une approche simpliste et peu scientifique au problème et qui touche à des questions qui, à l'évidence, n'entrent pas dans la portée et la compétence de l'Organisation. Aussi, sa délégation demande-t-elle que le Secrétariat revoie attentivement cette section, de sorte à refléter plus justement la position de la santé publique.

117. On a remarqué que la recommandation du document concernant l'activité physique : 30 minutes par jour, cinq jours par semaine, divergeait de la recommandation de l'OMS d'une heure par jour, cinq jours par semaine. On a demandé au Secrétariat d'expliquer la différence et de clarifier par ailleurs les recommandations dans le document concernant la participation activité de la Commission du Codex Alimentarius.

118. On a souligné l'importance d'encourager des changements comportementaux et les opinions concernant le régime alimentaire et l'obésité chez le personnel de santé. Des modifications devraient être portées aux programmes de formation des professionnels de la santé pour vérifier que l'obésité est bien reconnue comme le grave problème de santé publique qu'elle est. Les médecins devraient conseiller leurs patients, leur indiquant l'importance du régime alimentaire et de l'exercice physique et orienter ceux ayant un problème d'obésité vers les programmes spéciaux conçus pour les aider à améliorer leurs habitudes alimentaires et augmenter leur niveau d'activité physique.

119. Le Docteur Jacoby assure aux délégués que leurs commentaires, tant oraux qu'écrits, seront pris en compte lors de la révision du document. Il est tout à fait d'accord sur la nécessité de faire participer l'industrie alimentaire à la résolution du problème lié au régime alimentaire et à l'obésité. Il est extrêmement important d'améliorer l'offre d'aliments sur le marché et de recruter l'industrie alimentaire aux fins d'offrir aux consommateurs une gamme élargie de choix alimentaires plus sains.

120. Répondant aux préoccupations soulevées par les États-Unis, il indique que le document n'avait nullement l'intention de favoriser le non-respect des accords commerciaux internationaux. Il visait davantage à promouvoir une action en ce qui concerne l'offre alimentaire. C'est la raison pour laquelle l'OPS cherchait à recruter les producteurs et les transformateurs des produits alimentaires pour trouver une solution au problème. C'est également la raison pour laquelle la recommandation a été faite

concernant la participation active à la Commission du Codex Alimentarius. Bien des aspects liés aux types d'aliments disponibles pour les consommateurs sont discutés dans le cadre du Codex et de l'OMC. Il est très important que le secteur de la santé participe aux discussions car ces aspects comportent souvent une dimension sanitaire. En ce qui concerne les preuves démontrant les liens entre la publicité, la consommation d'aliments riches en matières grasses et en calories et l'obésité, ces preuves étaient disponibles. Il s'assurerait que la prochaine version du document comprend davantage d'information sur les études qui ont montré, par exemple, que la réglementation des types de publicités vues par les enfants pouvaient avoir un impact sur leur consommation d'aliments riches en matières grasses et en sucre et qui ont peu de valeur nutritionnelle.

121. Quant à la recommandation concernant l'activité physique, au vu du fait que deux tiers de la population de la Région ne font pas d'exercice du tout, l'OPS pensait qu'il était bien plus réaliste de recommander 30 minutes d'activité physique par jour. Certes, ce niveau ne suffit pas pour réduire l'obésité, mais 30 minutes, c'est mieux que rien, et on a démontré que même ce niveau modeste d'activité pouvait entraîner de nettes améliorations pour la santé. Si l'on fixe un but trop élevé, c'est une sorte d'invitation à l'échec. Qui plus est, l'OMS appuie la recommandation de 30 minutes par jour comme un minimum, bien qu'elle recommande que, dans l'idéal, bien sûr, les personnes fassent une heure par jour ou plus, cinq jours par semaine.

122. Le Directeur a convenu de la nécessité de travailler en partenariat avec l'industrie. À cet égard, le problème de l'obésité est analogue à d'autres problèmes de consommation, tels que le tabagisme. Le tout serait d'influencer les décisions du consommateur et l'Organisation cherchera à voir comment elle peut le faire. Probablement qu'il ne s'agit pas d'un domaine traditionnel d'activité pour la santé publique mais, si l'on veut concevoir des stratégies de santé publique efficaces, qui incite le consommateur à faire des choix plus sains, il est très important de chercher à mieux comprendre ce qui motive son comportement. Cela ne concerne pas uniquement le régime alimentaire et l'obésité, mais également d'autres domaines préoccupants pour la santé publique, tels que la toxicomanie et la consommation excessive d'alcool et l'utilisation des services et de la technologie sanitaires. L'Organisation a prévu de travailler en collaboration avec des organisations de consommateurs et de producteurs lors de la formulation de telles approches axées sur le consommateur. Ce sont surtout les producteurs qui pourraient être une source très utile d'information puisqu'ils ont fait de nombreuses études de marché pour cerner les facteurs qui guident la prise de décisions chez le consommateur.

123. S'agissant du Codex Alimentarius, tel que l'a expliqué le Docteur Jacoby, le but de l'OPS est d'accroître la participation aux commissions nationales du Codex. En effet, il est important de faire participer divers secteurs, mais surtout celui de la santé dans les discussions de ces entités.

124. Enfin, elle parle d'une activité en cours au sein de l'Organisation pour que tous les bureaux de l'OPS, tant à Washington, D.C. que dans les pays, deviennent « des contextes plus sains. » Certains des changements proposés consistent à offrir des aliments plus sains et à encourager l'activité physique chez le personnel. Ainsi, l'Organisation espère-t-elle devenir un exemple qui peut être suivi par ses collègues dans les pays.

Pandémie de grippe : Préparatifs dans l'hémisphère occidental (Document SPP37/9)

125. Le Docteur Marlo Libel (Conseiller régional, Service des maladies transmissibles, OPS) a introduit ce point de l'ordre du jour, notant qu'il était très actuel au regard de l'épidémie du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS). Même si cette maladie n'était pas une grippe, elle a permis d'éprouver les systèmes de préparation dans divers pays du monde. De plus, en février 2003, on a noté des cas de transmission de virus de la grippe avien aux humains à Hong-Kong, et les deux flambées de cas ont souligné la nécessité de se concentrer sur les préparations pour enrayer les pandémies possibles. La capacité de mutation soudaine et importante du virus est l'aspect le plus préoccupant en ce qui concerne la grippe. Par le passé, les épidémies ont été à l'origine d'une très grave mortalité avec de terribles conséquences sociales. Elles ont également entraîné de graves conséquences économiques, telles que la ruine de la production de volaille en Asie.

126. Le système de l'OMS pour enrayer la grippe se concentre sur deux grands domaines d'activité : d'une part, préparation en cas de pandémie et, d'autre part, réduction des possibilités de propagation de la maladie grâce à l'identification précoce de nouvelles formes de virus. Les Centres collaborateurs de l'OMS et les centres nationaux de lutte contre la grippe ont fait une séquence génétique de 1 000 échantillons par an en vue de mettre au point des vaccins. Actuellement, environ 240 millions de doses de vaccins sont mises au point dans le monde chaque année, quantité relativement insuffisante à ce qu'il faudrait dans le cas d'une pandémie mondiale.

127. Les préparations en cas de pandémie étaient inadéquates dans la plupart des pays. Certes, certains pays possèdent des plans de réponse détaillés, mais d'autres ne disposent que de cadres généraux. On ne connaît pas bien la mesure et le degré de préparation au niveau local et bien du chemin reste encore à parcourir en ce qui concerne les vaccins et les stratégies antivirales. Actuellement, la production de vaccins se limite à neuf pays dans le monde, dont uniquement le Canada et les États-Unis pour les Amériques.

128. Les pivots d'une bonne préparation en cas de pandémie sont la coordination, la surveillance, la disponibilité de produits antiviraux, la planification des services de santé, la réponse en cas d'urgence et les systèmes de communication. La création d'un comité national de pandémie, une chaîne de commande et la formulation d'un cadre juridique sont au titre des aspects importants de la coordination générale. Dans le cadre de la surveillance – qui est importante, aussi bien entre les pandémies que lors de celles-ci – il

est essentiel d'identifier le début d'une pandémie et de suivre son arrivée et son évolution dans un pays ; de vérifier une identification rapide des nouvelles souches du virus et de disposer de la capacité nécessaire de fournir des données en temps réel sur les conséquences ; ainsi que de suivre la production de vaccins et de produits antiviraux, l'efficacité et les effets adverses, ainsi que la résistance aux médicaments antiviraux. La surveillance virologique était assez bien couverte en Amérique du Nord et dans le Cône du Sud mais, ailleurs, il faut élargir la base de population pour obtenir des résultats plus complets et pour intégrer la surveillance humaine et animale, en particulier afin de mieux comprendre les risques que courent les humains face au virus de la grippe avien et porcine.

129. La difficulté de la production (suite en particulier au faible nombre de producteurs et aux difficultés à cultiver le virus dans des œufs embryonnaires) est le principal problème en ce qui concerne les vaccins et les produits antiviraux. Le cycle normal de production de vaccin contre la grippe est de huit mois, allant de l'identification d'un virus à la disponibilité des premiers lots. Généralement, il vaut mieux mettre au point des vaccins multivalents, lors d'une pandémie, il est parfois nécessaire de produire des vaccins monovalents se rapportant de manière spécifique à la nouvelle forme. Dans de telles circonstances, certaines étapes consultatives et d'homologation peuvent être omises pour raccourcir le temps de production à environ cinq à six mois.

130. Dans le domaine de la planification des services de santé, c'est la transmission aux agents de santé qui représente le principal problème rencontré au niveau du SRAS. La lutte contre l'infection était un problème très grave et il fallait des plans et procédures pour l'enrayer. Les mesures de lutte communautaire sont un autre aspect, par exemple, la fermeture d'écoles et d'installations analogues, exigeant outre leurs caractéristiques techniques, des éléments de prise de décisions politiques. La réponse en cas d'urgence exigeait une approche intersectorielle pour maintenir les services essentiels de santé et de sécurité publique. Le volet communication a deux aspects : la communication avec les équipes de réponse en cas d'urgence et la communication avec la population à propos des risques. Tous ces domaines demandent des préparations : ce sont des choses qui ne peuvent pas être mises en place une fois que se déclenche une crise.

131. Les pays doivent prendre certaines mesures essentielles, notamment la création d'une équipe nationale de planification en cas de pandémie ; la préparation de plans d'urgence spécifiques couvrant le personnel, le matériel et l'organisation ; les décisions précoces concernant la stratégie de vaccination, notamment les quantités qui seraient nécessaires ; la mise en place de systèmes de surveillance pour assurer la couverture la plus vaste possible dans un nombre maximum de pays ; l'obtention de consensus entre les communautés médicales et scientifiques concernant l'utilisation de vaccins et d'antiviraux ; les arrangements d'approvisionnement et de logistique des médicaments de

tout type ; la conception d'un plan de communication des risques ; ainsi que l'amélioration de la couverture vaccinale annuel chez les groupes à hauts risques.

132. Le Sous-Comité a noté que les gripes endémiques exigeaient une étroite collaboration internationale et régionale pour la mise en place de solides stratégies de prévention et de lutte. C'est dès maintenant qu'il faut se préparer à la prochaine pandémie et l'OPS peut jouer un rôle de chef de file pour faciliter les activités de planification régionale. On a convenu, tel que noté dans le Document SPP37/9, qu'une communication efficace était une stratégie clé pour procéder aux préparations nécessaires et disposer de la bonne réponse à la pandémie. Toutefois, il s'agissait de clarifier le rôle de l'OPS dans l'annonce des différentes phases d'une pandémie, tel que proposé en Annexe du document et pour faciliter la communication lors d'une pandémie. L'OPS, en collaboration avec l'OMS, devrait participer de manière permanente à la coordination et au soutien de la formation et des tests de laboratoire ainsi qu'à la surveillance et à l'étude de la charge de morbidité et de l'impact économique des gripes.

133. Le renforcement des capacités locales pour mobiliser les données nécessaires à la planification des programmes nationaux de vaccinations devrait être envisagé comme une priorité. Tous les pays doivent faire face au problème de la pénurie inévitable de vaccins et de produits antiviraux dans le cas d'une pandémie. Se donner des buts et des priorités au niveau national représente la première étape nécessaire de la préparation et l'OPS devrait collaborer avec les pays pour évaluer les besoins régionaux du point de vue vaccins et antiviraux. Toutefois, il convient de discuter davantage du rôle de l'OPS concernant l'organisation de la distribution de vaccins lors d'une pandémie. Au vu de la capacité limitée de fabrication de vaccins contre la grippe au sein de la Région, une activité hautement prioritaire pour l'OPS consiste à intéresser les fabricants régionaux et à faciliter les discussions entre les producteurs actuels de vaccins.

134. Il convient également de songer à formuler des approches communes à la planification et à la réponse en cas d'urgences de santé publique, dont la grippe pandémique et le bioterrorisme, par exemple, la variole. A l'avis du Sous-Comité, l'OPS peut assumer un rôle d'importance critique au niveau de la diffusion d'information aux médias et aux prestataires de soins de santé, leur demandant d'aider à gérer la perception du public à éviter la panique. L'OPS pourrait également apporter une assistance pour la communication régulière qui se ferait aux niveaux national et régional concernant l'importance de la planification pour les épidémies annuelles de grippe dans la Région. Les délégués ont insisté sur la nécessité d'étendre la couverture vaccinale annuelle pour la grippe, surtout pour les personnes âgées et les autres personnes exposées au risque. On a également souligné l'importance d'une bonne surveillance pour déterminer de manière exacte le nombre de décès imputables à la grippe.

135. On a noté que l'épidémie du SRAS avait révélé un certain nombre de points faibles dans la préparation. L'évacuation médicale des patients est au titre de ces aspects. En Asie, ces dernières semaines, certaines sociétés ont refusé de transporter les patients qui étaient infectés par le SRAS, entravant gravement le transfert des patients vers des établissements avec de meilleurs niveaux de soins. La question étant jugée essentiellement une question de perception et de formation, on a proposé que l'OPS aide à former les compagnies aériennes pour leur apprendre les bonnes techniques de lutte contre l'infection et peut-être pour discuter des arrangements contractuels qui permettraient un transport meilleur et plus sûr des patients gravement malades. Le transport des spécimens est un second domaine où des faiblesses ont été notées. Dans de nombreuses parties de l'Asie, on a noté de grandes difficultés pour envoyer les spécimens vers les laboratoires des Centres collaborateurs de l'OMS en temps opportun sans que les spécimens soient compromis pendant le transport.

136. Le Sous-Comité a insisté sur l'importance de l'échange multilatéral et international de l'information concernant les pratiques réussies pour lutter contre la grippe et autres pandémies. On a également proposé de traiter les aspects concernant le financement et le soutien pour l'achat de vaccins, notamment est-ce que les vaccins doivent être obtenus à des prix plus faibles que les prix actuels ? Le temps qui s'écoule avant qu'un vaccin soit disponible dans les divers pays, en cas de pandémie liée à une nouvelle souche, relève d'un aspect préoccupant. Il est important de se donner, au niveau national, les mesures de prévention qui peuvent être prises avant la disponibilité du vaccin. On a également jugé qu'il était très important de revoir certaines méthodologies de test pour uniformiser les critères et garantir la fiabilité des méthodes utilisées.

137. Le Docteur Libel a remercié les délégués de leurs commentaires et contributions qui permettront d'améliorer le document et d'élargir le champ d'action de l'OPS en vue de répondre à de telles menaces pour la santé. Les remarques faites en ce qui concerne la nécessité d'une formation coordonnée et d'études sur la charge de morbidité sont très utiles. Nul doute, des travaux plus poussés seront nécessaires en ce domaine. En ce qui concerne la communication et la diffusion de l'information, celle-ci est communiquée par le biais des sites Web de l'OPS et de l'OMS, mais il faut améliorer le flux de l'information pour qu'elle devienne une communication en temps réel sur les risques que rencontrent les pays.

138. S'agissant de la production et de la distribution de vaccins, il a approuvé vivement la suggestion quant à la participation de nouveaux laboratoires de la Région en vue d'accélérer la production et de les rendre disponibles plus rapidement. Il a remercié les participants pour les commentaires faits concernant les coûts et la nécessité d'obtenir un financement pour réaliser des activités aux niveaux national et régional. L'information provenant des États-Unis indiquant que 100 millions de dollars avaient été demandés pour lutter contre la grippe en 2004 est une indication de l'ampleur des ressources

nécessaires. Il a encouragé les pays qui avaient finalisé leurs plans à les partager avec d'autres pays pour les aider à formuler leurs propres plans.

139. Le transport des spécimens est un problème continu, qui s'est aggravé depuis les événements du 11 septembre 2001. Par l'entremise des Services de laboratoire de l'OPS, les représentants officiels dans chaque pays de la Région, tant les laboratoires nationaux de santé publique que les bureaux de terrain de l'OPS, ont été certifiés et autorisés à envoyer des échantillons biologiques dangereux. L'étape suivante, et la plus difficile, consiste à établir des contrats avec un seul transporteur de ces échantillons plutôt que de devoir négocier à chaque fois avec des transporteurs individuels.

140. En ce qui concerne la politique des vaccinations, le meilleur moment de l'année pour donner les vaccinations dépendait en fait de la disponibilité de ces vaccins. Pour les pays tropicaux et sous-tropicaux, il n'existe pas de mois en particulier qui soit préférable puisque la grippe existe toute l'année. L'existence de programmes de vaccinations dans les pays est une première étape nécessaire à l'achat centralisé de vaccins. La demande garantie qui en découle permettra aux laboratoires de production de conclure plus aisément des contrats d'achat et de réduire les prix. Il s'est avéré difficile de cultiver le virus dans des œufs embryonnaires mais, à présent, plusieurs des laboratoires de production étaient en train de changer leurs méthodes de production et se préparaient de fait à vendre la culture à partir de laquelle on pouvait développer le virus. Ainsi, on pouvait arriver à des délais de production plus rapides. La nouvelle approche se trouve actuellement à une étape expérimentale, mais peut devenir opérationnelle dans les deux à trois années à venir.

141. En ce qui concerne la demande du Directeur, le Docteur Libel a fait une brève mise à jour de deux autres virus, à savoir le SRAS et le virus West Nile. En ce qui concerne le SRAS, 13 pays ont notifié des cas sur trois continents, pour un total de 487 cas et 17 décès. Toutefois, dans quelques pays seulement, la transmission a été confirmée. Ces pays sont : le Canada, Hong Kong, Singapour, Taiwan et les États-Unis, et la transmission concernait les agents de santé ou les membres immédiats de la famille. En d'autres mots, le SRAS ne semble pas être un virus qui se propage rapidement dans l'ensemble de la communauté. Les personnes avec des symptômes fébriles et respiratoires, par exemple, toux ou difficulté à respirer, devraient être traitées comme des patients possibles du SRAS uniquement si elles ont été en contact avec un cas ou si elles se sont rendu dans les pays touchés par la maladie.

142. Les antibiotiques ne se sont pas avérés un traitement efficace, alors que les antiviraux semblent avoir donné de meilleurs résultats. Ce sont les soins respiratoires intensifs qui sont surtout nécessaires et un grand nombre des patients ont besoin de respiration artificielle. La question de la lutte contre l'infection en milieu hospitalier revêt une importance critique.

143. En ce qui concerne les conseils aux voyageurs, l'OMS ne recommande aucune restriction concernant les déplacements vers les pays touchés. Toutefois, on conseille d'apporter une information ou une formation au personnel des compagnies aériennes pour que les patients éventuellement infectés par le virus puissent être dépistés au moment de pénétrer dans l'appareil. L'OPS est notifiée des cas dans la Région sur la base des définitions établies qui sont circulées à tous les États Membres de l'OPS.

144. Les cas du virus West Nile aux États-Unis ont augmenté, passant de quelques centaines en 2001 à environ 4 100 en 2002. Actuellement, la maladie se présente dans 44 états. Les oiseaux migrateurs sont toujours le vecteur le plus important, de pair avec les moustiques. L'OPS a déjà dispensé une formation pour les agents des laboratoires vétérinaires et les entomologistes portant sur le diagnostique et la surveillance de ce virus. Ces agents sont choisis dans les pays qui disposent de laboratoires disponibles pour travailler avec ce type de virus et capables d'effectuer une surveillance sur site des oiseaux morts. En mai 2003, un second atelier de formation est prévu devant couvrir en particulier l'Amérique centrale et le Mexique. Ailleurs, dans la Région, on a noté un cas isolé dans l'Île des Caïmans en 2001 et un cas importé au Mexique. Le virus a été trouvé chez des oiseaux en République dominicaine. D'importantes questions de biosécurité se sont présentées dans le cadre des activités de lutte contre le West Nile et le SRAS.

145. S'exprimant à la demande du Directeur, le Docteur Stephen Corber (Responsable, prévention et lutte contre les maladies) a indiqué que le SRAS a montré combien il était important d'avoir un plan pour lutter contre l'épidémie, au point d'origine. En effet, le fait que Hong Kong, Singapour et le Vietnam aient réussi à confiner l'épidémie dans leurs territoires a grandement facilité le travail de tous les autres pays. Soulignant à nouveau l'importance de la communication, il indique que les plans et les formations portant sur des aspects spécifiques sont certes importants, mais qu'il était également capital de mettre à l'épreuve le plan entier par l'entremise d'exercices de simulation. En effet, de tels exercices mettent à jour les domaines où des travaux supplémentaires sont nécessaires, et ces domaines supposent souvent une communication. L'épidémie du SRAS pourrait être vue comme un exercice de simulation pour la grippe pandémique. Dans ce cas, la communication a véritablement fait ses preuves. Tant la transmission de l'information par l'OMS que la notification des cas soupçonnés par les pays à l'OMS se sont avérées d'importance cruciale dans les efforts déployés pour enrayer la maladie. Les téléconférences quotidiennes entre les pays et l'OMS ont encore davantage démontré la valeur de la communication. De plus, 11 laboratoires et 10 pays sont en train d'examiner ensemble les spécimens collectés auprès des patients, exigeant ainsi un niveau élevé de communication et de coordination.

146. Le Docteur Corber a également signalé qu'il existe des caractéristiques qui démarquent nettement la grippe d'autres maladies, à savoir la période d'incubation si courte et le fait que le virus est un phénomène aérien. La pandémie peut se propager très

rapidement, tuant des millions de gens. Le dépistage des nouvelles formes du virus de la grippe et le fait de disposer de plans de traitement sont les volets fondamentaux de la réponse à la pandémie. Les pays ont tendance à former les gens en matière de tel ou tel aspect particulier, par exemple, le dépistage d'un virus ou l'amélioration des notifications mais, outre cela, il faut avoir une vue du plan dans son ensemble.

147. Le Directeur a indiqué que la discussion et les commentaires des Membres du Sous-Comité montrent bien que celui-ci pense qu'il est bon pour l'OPS de se diriger davantage dans le domaine qu'auparavant. Elle est d'accord avec la suggestion indiquant que la création de comités nationaux et la formulation de plans nationaux permettrait à l'OPS de travailler avec les pays pour pouvoir partager les expériences et les idées. Elle comprend également le souhait de voir que de tels plans et comités soient créés dans le cadre des mécanismes existants pour lutter contre les urgences et les maladies, pour la surveillance épidémiologique et le contrôle des pratiques de vaccination plutôt que de créer de nouveaux mécanismes. Aussi, le message à l'OPS est-il clair : les ressources doivent être conjuguées et non pas divisées, surtout au vu des limitations actuelles de ressources.

148. Si les ressources ne sont pas utilisées de manière judicieuse, l'OPS n'arrivera pas à mener à bien le double mandat que lui confie le Sous-Comité, à savoir soutenir les niveaux locaux d'une part et répondre par ailleurs aux besoins d'échange international de l'information. Aussi, devient-il encore plus important de s'allier, de mettre les forces en commun au niveau national et de consolider les efforts de tous les pays pour le bénéfice de tous. Certains pays comptent des mécanismes spécifiques, surtout depuis le 11 septembre 2001, conçus pour lutter contre le bioterrorisme et ces mécanismes devraient être partagés. Ainsi, l'OPS pourrait aider les ministères qui sont déjà en train de mettre au point une approche intersectorielle concernant par exemple, la défense, la police nationale, les mécanismes de sécurité nationale, l'éducation et d'autres secteurs.

149. Le point essentiel, c'est que les pays devraient organiser leurs comités nationaux en essayant de combiner et de consolider les mécanismes existants plutôt de créer de nouvelles structures qui ne pourront pas être maintenues avec les ressources actuelles. Le second aspect important concerne les plans et la possibilité d'intégrer des exercices de simulation aux plans. Ces plans devraient être partagés et mis à la disposition du niveau local, surtout dans les grands pays et ceux en cours de décentralisation.

150. Elle note la grande importance d'une stratégie de communication couvrant la communication, tant interne qu'externe. Il est nécessaire d'avoir une stratégie de communication, tant entre les pays qu'au sein de ces derniers. L'information doit parvenir aux agents de santé dans les domaines correspondant à leurs responsabilités, et doit également parvenir au public.

151. Une partie des activités pourraient être effectuées par le biais du Réseau du Cône Sud pour les Maladies infectieuses émergentes qui existent depuis cinq ans maintenant. Toutefois, il est évident que l'OPS doit négocier avec certains intervenants à l'extérieur du secteur de la santé, par exemple, les compagnies aériennes qui transportent les échantillons ou les patients.

152. Elle note la nécessité d'apporter un soutien spécifique aux pays de l'Amérique centrale et des Caraïbes, non seulement parce que, dans ces pays, les épidémies de grippe ne sont pas saisonnières, mais surtout au vu de leur ampleur et parce qu'il s'agit de destinations très touristiques, ces pays recevant constamment des gens du monde entier. Les réseaux de laboratoires dans ces pays ont besoin de soutien, notamment d'une assistance en ce qui concerne la définition des politiques de vaccination des pays.

153. Au regard de l'insuffisance des ressources disponibles pour arriver à une préparation complète en cas de grippe dans la Région, le Directeur indique qu'elle serait très intéressée à étudier avec les gouvernements du continent Nord les possibilités de mobiliser certaines ressources supplémentaires dans l'esprit du panaméricanisme et en reconnaissant que les pandémies ne respectent les frontières nationales. Des réunions devraient être organisées avec des intervenants du secteur privé, notamment les compagnies aériennes, peut-être sous l'égide de l'Organisation internationale de l'aviation civile (ICAO) ou de l'Association internationale des transports aériens (IATA), et l'OPS sera reconnaissante à tout soutien des pays, tant politique que matériel. Une telle réunion serait l'occasion d'analyser les obstacles qu'il faut éliminer conjointement pour faciliter le transport des échantillons biologiques. Un dialogue analogue est nécessaire sur le sujet du transport des patients dans le but de formuler des directives et des recommandations dans chaque pays.

154. La discussion de ce point de l'ordre du jour s'est avérée extrêmement instructive et l'OPS se ferait un devoir d'assumer tous les rôles de coopération technique dont avaient parlé les Etats Membres. Elle espérait que les pays seraient en mesure d'octroyer certaines ressources supplémentaires pour lui permettre de le faire.

Ethnicité et santé (Document SPP7/10)

155. Le Dr Cristina Torres (Chef a.i., Service de politique et de gouvernance, OPS) a expliqué que ce point de l'ordre du jour découlait du Plan stratégique pour 2003-2007 qui stipule notamment que « si l'on veut réduire les inégalités sur le cycle entier de la vie, le Bureau sanitaire panaméricain doit collaborer avec les pays pour identifier les groupes à l'intention desquels on pourra déployer des interventions connues et efficaces par rapport aux coûts en vue de supprimer les inégalités sur le plan de la santé ou au niveau de l'accès aux services. » En 2001, un autre mandat émanait de la Conférence mondiale contre le racisme, la discrimination raciale, la xénophobie et l'intolérance qui y est

associée, dont le document final avait encouragé « l'OMS et d'autres organisations internationales concernées de promouvoir et de réaliser des activités pour reconnaître les conséquences du racisme, de la discrimination raciale, de la xénophobie et de l'intolérance connexe comme étant des déterminants sociaux importants de l'état de santé physique et mentale. » En outre, la Déclaration du Millénaire des Nations Unies recommandait un respect accru des droits humains dont des droits des minorités ainsi que des mesures devant être prises contre les actes de racisme et de xénophobie.

156. La communauté scientifique s'entend pour dire que les différences entre les être humains ne sont pas tant d'ordre biologique ou génétique mais sont davantage dues aux facteurs sociaux, politiques et culturelles. Après s'être penché sur les définitions de certains concepts utilisés dans le document, le Dr Torres a noté que la réalité démographique de la Région des Amériques était complexe avec des groupes dont les origines sont très différentes. Ces groupes dont la taille varie énormément représentent des pourcentages différents de la population totale de ces pays. Pratiquement tous les pays de la Région comptent des groupes autochtones et des afro-descendants. De tels groupes constituent des « minorités » non seulement en raison de leur taille relative mais aussi suite à leur extrême vulnérabilité et exclusion sociale. D'après les chiffres de la Commission de l'économie de l'Amérique latine et des Caraïbes (ECLAC), 43% de la population de la Région prise dans son intégralité vivait en dessous du seuil de pauvreté mais, par ailleurs, toutes les études indiquent que les minorités ethniques prennent une part disproportionnée parmi les pauvres. Il convient également de noter que le revenu moyen des minorités ethniques aux États-Unis est plus faible que celui de la population blanche, montrant bien que cette disparité ne frappait pas seulement les pays en développement.

157. Répondant à la question spécifique de la santé, elle indique que les diverses études sur les mesures traditionnelles telles que la mortalité infantile indiquent que les membres des minorités ethniques connaissent toujours de mauvais résultats. Là aussi, un lien peut être établi avec le degré d'exclusion sociale : par exemple, une étude faite au Brésil auprès de femmes de descendance africaine avec huit années ou plus de scolarisation avaient le même taux de mortalité que les enfants de femmes blanches sans scolarité du tout. De même, en 1950, l'espérance de vie chez les adultes brésiliens de descendance africaine était de sept ans plus courte que celle des brésiliens blancs. En 1990, l'espérance de vie s'était rallongée mais l'écart de sept ans subsistait. La fréquentation des services de santé et la rapidité avec laquelle les personnes vont consulter ces services de santé dès qu'un problème de santé se présente varie également de manière très sensible en fonction de l'origine ethnique.

158. L'OPS a mis à jour plusieurs éléments communs en recherchant des caractéristiques de programmes capables de réduire de telles inégalités. En premier lieu, les mesures prises doivent se fonder sur une information fiable et à jour et, en deuxième

lieu, elles devaient encourager un niveau élevé de participation sociale. Autre facteur important : de tels programmes doivent reposer sur des alliances entre les différents intervenants.

159. Des statistiques et des informations exactes des recensements sont d'importance critique. Treize pays de la Région ont inclus la variable de l'appartenance ethnique à leur recensement national de 2000 (outre les quatre qui l'avaient déjà fait auparavant) et pourtant, il reste bien du chemin à parcourir en ce qui concerne l'intégration de la variable ethnique aux statistiques sanitaires et aux systèmes d'information pour la santé. Certains pays avaient déjà fait des progrès à cet égard, par exemple en ventilant leurs statistiques relatives à la mortalité selon les groupements ethniques. De tels changements demandaient qu'une formation soit dispensée au personnel qui est chargé de la compilation des statistiques et de l'information. Treize pays mettent en œuvre des programmes sanitaires spéciaux ciblant les minorités ethniques. Les mesures les plus importantes prises dans la Région en vue de réduire les inégalités sur le plan santé dont sont victimes les minorités sont les suivantes : formulation d'indicateurs sensibles à l'ethnie pour suivre les progrès faits en vue d'atteindre les buts de développement du Millénaire ; intégrer la variable de l'appartenance ethnique aux statistiques nationales ; collecte et partage d'expériences réussies en ce qui concerne l'information et l'organisation des services ; restructuration des politiques, des plans et programmes de santé pour qu'ils tiennent davantage compte des besoins des ethnies et introduction de l'optique ethnique dans les plans de santé mis au point dans le cadre des stratégies de réduction de la pauvreté. En outre, il était très important de rendre les programmes de santé davantage sensibles aux besoins des ethnies, surtout ceux concernant la prévention du VIH/SIDA et la réduction de maladies qui frappent essentiellement certains groupes ethniques.

160. Le Sous-Comité a trouvé que le document éclairait bien la compréhension générale de la situation de santé des groupes autochtones et des groupes de descendance africaine. Plusieurs membres ont décrit des initiatives et des projets mis en œuvre dans leur pays qui cherchent à répondre aux besoins sanitaires des minorités ethniques. Le Sous-Comité a noté que les données étaient d'une grande aide pour formuler des politiques et programmes traitant des besoins particuliers des groupes ethniques. De fait, le manque d'information exacte était vu comme une barrière à l'accès équitable. L'OPS pouvait jouer un rôle important pour améliorer la disponibilité et la qualité des données. Un grand nombre de pays ne désagrègent pas les données par ethnie et pourtant, c'est la première étape à prendre. La difficulté consiste à mettre au point des outils et des méthodologies qui permettent de mieux comprendre la dynamique de la diversité ethnique et la manière dont elle se répercute sur l'accès aux services sanitaires et sociaux.

161. Toutefois, le Sous-Comité a noté que ni le document ni la présentation n'avait parlé du besoin de rétro informer les populations touchées afin qu'elles puissent assumer

un rôle actif au niveau de la conception et de la mise en œuvre de solutions qui aideraient à améliorer l'état de santé au lieu de rester simplement des bénéficiaires passifs. En ce qui concerne l'inclusion de la variable de l'appartenance ethnique aux statistiques et aux recensements, l'OPS pouvait assumer un rôle important et diffuser les meilleures pratiques. Il faut inclure les groupes ethniques eux-mêmes à la formulation des indicateurs et des analyses et soupeser, d'une part, le besoin d'améliorer l'information répartie par groupe ethnique et, d'autre part, le droit des gens au caractère privé.

162. Le Sous-Comité a également fait remarquer que les liens entre ethnies et santé étaient compliqués et que l'interface entre les éléments raciaux et ethniques, les facteurs socioéconomiques et les niveaux d'instruction n'étaient pas ni bien compris ni bien étudiés. Aussi, fallait-il que tous les pays collaborent en ce domaine, tant individuellement que collectivement. Il existait d'autres sous-groupes qui avaient des besoins spéciaux tels que les personnes émigrées, les réfugiés et les personnes déplacées suite à la violence ou aux conditions économiques. De tels groupes pouvaient transcender les barrières raciales et avoir des problèmes que ne connaît pas celui de l'extérieur et cela rendait la situation encore plus complexe. Il ne s'agissait pas simplement de voir si le groupe était minoritaire à cause de sa taille mais était-il marginalisé à cause de son statut minoritaire ? On a également noté que l'emplacement géographique était une autre raison à l'origine de l'exclusion sociale de certains groupes, par exemple, s'ils vivent dans des régions reculées ou montagneuses.

163. Si les délégués se sont montrés d'accord en général avec la sélection des cinq domaines d'action de l'OPS, certains ont pourtant proposé que la priorité soit accordée aux deux premiers, exigeant tous deux des investissements notables de ressources financières et humaines ainsi qu'une réflexion stratégique. Le Sous-Comité a noté que dans sa description des programmes et activités de l'OPS, le document n'avait pas fait l'évaluation de l'impact. On a proposé d'intégrer des résultats mesurables aux initiatives actuelles de l'OPS et à ses activités futures.

164. Un certain nombre de délégués ont noté que leurs pays, à l'instar de l'OPS, avaient pendant des années axé leurs efforts sur les groupes autochtones et ils ont demandé que cette orientation soit supprimée. En effet, cela risquait de porter préjudice à l'état de santé des groupes autochtones qui se trouvaient parmi les groupes les plus pauvres et les plus désavantagés dans les Amériques, tel que l'indiquait le document. À cet égard, vu que l'année suivante marquerait la fin de la décennie internationale des peuples autochtones du monde, de préparer une documentation pour démontrer tous les progrès réalisés par l'OPS ces dernières années pour améliorer l'état de santé des peuples autochtones. En effet, une telle documentation pourrait mettre à jour les problèmes et faire des recommandations pour la prochaine étape de la continuation de ce travail important.

165. On a proposé que l'OPS collabore avec d'autres organisations connexes, telles que l'ECLAC, afin d'atteindre les Buts du Millénaire concernant la question de l'appartenance ethnique. L'OPS pouvait jouer un rôle au niveau de l'échange d'expériences réussies. En effet, si d'autres pays savaient que ce qui avait réussi ailleurs, ils pourraient formuler leurs propres politiques et plans. De plus, l'OPS pouvait fournir une assistance technique s'inspirant de ces expériences. L'information pourrait être partagée avec d'autres secteurs au sein des pays surtout ceux cherchant à mettre en œuvre des stratégies de réduction de la pauvreté.

166. Le Dr Torres a remercié les délégués pour leurs commentaires et leurs comptes rendus mentionnant les développements récents qui pouvaient ainsi être partagés et diffusés sur l'ensemble de la Région. Des suggestions très intéressantes avaient été faites pouvant aider le Secrétariat à donner un ordre prioritaire à son travail. Elle note que tous les participants sont d'accord pour dire les activités doivent se concentrer sur la formulation d'indicateurs afin de répondre à la mission du Sommet du Millénaire. Ces indicateurs seraient également utiles pour évaluer la mise en œuvre du Plan stratégique pour 2003-2007 et partant le Secrétariat avait l'intention de mettre au point des instruments qui s'avéreraient également utiles pour les pays.

167. S'agissant du besoin de renforcer les systèmes des statistiques sanitaires en intégrant la variable ethnique, elle a fait savoir que des activités avaient déjà été réalisées dans le contexte de l'Initiative de la santé des peuples autochtones dont une réunion avec des représentants officiels des services de recensement et des instituts statistiques de pair avec des responsables des systèmes d'information dans les ministères de la santé. La réunion avait permis un échange d'information et avait préparé le terrain pour les activités à venir, surtout pour tenter d'harmoniser tant les questions statistiques que les critères pour poser ces dernières. On a également remarqué que la santé comptait des traits particuliers qu'on ne trouve pas dans d'autres domaines où l'on cherchait à répartir l'information selon les groupes ethniques. Par exemple, il ne semblait pas convenant de collecter cette information sur les certificats de naissance ou de décès puisqu'on recommande que les répondants eux-mêmes définissent leur propre affiliation ethnique. Autre excellente suggestion : la question des inégalités sur le plan santé concernant les personnes déplacées, les migrants etc. Ces questions seront envisagées dans le contexte de la Région. Tel qu'on l'avait remarqué à juste titre, tous les groupes déplacés ne sont pas des groupes ethniques. On a également remarqué que les modèles interculturels devaient être employés pour les interactions avec les groupes autochtones. Certains pays de la Région avaient déjà adopté cette approche et l'OPS pensait que c'était une démarche qu'il fallait continuer et étendre à d'autres pays et à d'autres groupes ethniques.

168. En réponse à la question de savoir s'il était possible d'élargir l'approche sans perdre la priorité accordée aux peuples autochtones depuis presque dix ans, elle a dit que l'OPS pensait que l'approche plus vaste serait bénéfique en fin de compte aux peuples

autochtones. Le travail du Bureau s'est toujours fait en étroite coopération avec les services responsables des différents aspects de la santé et la réorganisation en cours rehausserait cette approche et on pourrait populariser certaines questions qui devaient être traitées de manière transversale. L'appartenance ethnique était une telle question au même titre que l'équité entre les sexes.

169. Le Directeur a indiqué que la discussion avait ajouté une nouvelle dimension à un thème que l'OPS jugeait fort important ces dernières années, à savoir le thème de l'équité. D'après son interprétation des commentaires des membres du Sous-Comité, l'OPS devait insister dans le cadre de son travail en ce domaine sur la gestion de l'information et l'amélioration des systèmes d'informations désagrégées par ethnique. C'est un thème sur lequel intervient déjà l'OPS et l'Organisation allait s'inspirer de l'expérience déjà acquise.

170. Il serait probablement avantageux pour le personnel concerné par les questions ethniques et la santé de s'allier au personnel intervenant dans le domaine de l'équité entre les sexes afin de chercher à produire des statistiques plus élaborées, désagrégées par sexe et par race ou groupe ethnique. De plus, le travail passé avait montré que l'analyse liée au genre était importante puisqu'elle permettait de mieux comprendre la valeur de la diversité, indiquant par ailleurs que les réponses et les politiques ne devaient pas être homogénéisées mais plutôt devaient rester sensibles à la diversité. En outre, grâce à ce travail, on avait évité de perpétuer les inégalités, ce qui arrive parfois quand les politiques sont formulées sans tenir compte de l'optique liée au genre.

171. Elle a pris note des remarques concernant les groupes minoritaires qui ne partageaient ni la variable du genre ni la variable ethnique. L'OPS travaillait avec certains de ces groupes notamment les enfants de la rue. Ce travail est extrêmement important au vu du mandat émanant des États Membres demandant à l'OPS de se concentrer sur deux grands axes complémentaires : 1) l'inclusion sociale et l'accès universel aux services de santé et 2) la définition, au vu des défis soulevés par les Buts du Millénaire, des groupes qui sont ignorés ou qui restent à l'écart. À l'évidence, certains groupes raciaux sont tenus à l'écart, au point d'ailleurs qu'ils étaient même sur le point de disparaître. Une autre priorité devait être accordée à ces groupes car sinon pour eux, les Buts du Millénaire ne s'appliqueraient pas.

Clôture de la session

172. Le Directeur a exprimé sa reconnaissance au Président pour la manière efficace dont il avait mené la session et a remercié le Sous-Comité pour ses directives très utiles concernant le travail du Secrétariat.

173. Le Président a remercié les délégués de leurs contributions aux délibérations du Sous-Comité et a déclaré la clôture de la 37^e session.

Annexes

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 réunions
4. Orientation programmatique de l'Organisation panaméricaine de la Santé et réorganisation du Bureau sanitaire panaméricain pour la mise en oeuvre du Plan stratégique, 2003-2007
5. Projet du budget programme de l'Organisation panaméricaine de la Santé pour l'exercice financier 2004-2005
6. Mondialisation et santé
7. Famille et santé
8. Contrôle de la réduction de la morbidité et mortalité maternelles
9. Obésité, nutrition et activité physique
10. Pandémie de grippe : Préparatifs dans l'hémisphère occidental
11. Ethnicité et santé
12. Autres questions
13. Clôture de la session

LISTE DE DOCUMENTS

SPP37/1, Rév. 2 SPP37/WP/1	Adoption de l'ordre du jour et du programme des réunions
SPP37/3	Orientation programmatique de l'Organisation panaméricaine de la Santé et réorganisation du Bureau sanitaire panaméricain pour la mise en oeuvre du Plan stratégique, 2003-2007
SPP37/4	Projet du budget programme de l'Organisation panaméricaine de la Santé pour l'exercice financier 2004-2005
SPP37/5	Mondialisation et santé
SPP37/6	Famille et santé
SPP37/7	Contrôle de la réduction de la morbidité et mortalité maternelles
SPP37/8	Régime alimentaire, nutrition et activité physique
SPP37/9	Pandémie de grippe : Préparatifs dans l'hémisphère occidental
SPP37/10	Ethnicité et santé

**LIST OF PARTICIPANTS
LISTA DE PARTICIPANTES***

**Members of the Subcommittee
Miembros del Subcomité**

***Canada
Canadá***

Mr. Martin Méthot
Director, International Health Division
International Affairs Directorate
Health Canada
Ottawa

Mr. David Strawczynski
Program Officer
International Affairs Directorate
Health Canada
Ottawa

Ms. Patricia Hoes
Senior Advisor
International Affairs Directorate
Health Canada
Ottawa

Cuba

Dr. Víctor Ariosa Abreu
Departamento de Organismos Internacionales
Ministerio de Salud Pública
La Habana

Sra. Marisabel de Miguel Fernández
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.)

Dominique
Dominica

Hon. Herbert Sabaroche
Minister of Health and Social Security
Ministry of Health and Social Security
Roseau

El Salvador

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

Dr. Carlos Alfredo Rosales
Director Nacional de Planificación
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
San Salvador

Honduras

Dra. Fanny Mejía
Vice Ministra de Salud
Secretaría de Estado en el Despacho de Salud
Tegucigalpa

Peru
Perú

Dr. Luis Quiroz Avilés
Director General
Salud de las Personas
Ministerio de Salud
Lima

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

Peru (cont.)

Perú (cont.)

Dr. Juan Ortiz Fernández
Director de Salud, Mujer, Niño y Adolescente
Salud de las Personas
Ministerio de Salud
Lima

United States of America
Estados Unidos de América

Dr. Stuart Nightingale
Chief Medical Officer
Office of the Assistant Secretary for Planning and Evaluation
Senior Medical Adviser to the Deputy Assistant Secretary for
International and Refugee Health
Department of Health and Human Services
Rockville, MD

Ms. Carol J. Dabbs
Chief, Maternal and Child Health Division
Agency for International Development
Washington, D.C.

Mr. William Steiger
Director, Office of Global Health Affairs
Department of Health and Human Services
Rockville, Maryland

Mr. Richard S. Walling
Director, Office for the Americas and Middle East
Department of Health and Human Services
Rockville, Maryland

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

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

Ms. Mary Lou Valdez
Associate Director for Multilateral Affairs
Office of Global Affairs
Department of Health and Human Services
Rockville, Maryland

Ms. Ginny Gidi
International Health Officer for the Americas
Office of Global Health Affairs
Department of Health and Human Services
Rockville, Maryland

Mr. David Piet
Population, Health, and Nutrition Team Leader
Office for Regional Sustainable Development
Bureau for Latin America and the Caribbean
Agency for International Development
Washington, D.C.

Ms. Ann S. Blackwood
Director of Health Programs
Office of Technical & Specialized Agencies
Bureau of International Organization Affairs
Department of State
Washington, D.C.

Ms. Jane Cowley
Foreign Affairs Officer
Office of Technical & Specialized Agencies
Bureau of International Organization Affairs
Department of State
Washington, D.C.

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

Uruguay

Dr. Diego Estol
Director General de la Salud
Ministerio de Salud Pública
Montevideo

Observer Member States
Estados Miembros Observadores

Argentina

Sra. Silvia Meregá
Ministro
Representante Permanente Alterno de la República Argentina
ante la Organización de Estados Americanos
Washington, D.C.

Bolivia

Dr. Víctor J. A. Calderón C.
Director de Cooperación Externa
y Relaciones Internacionales
Ministerio de Salud y Previsión Social
La Paz

France
Francia

Pr Jacques Drucker
Conseiller pour les Affaires Santé
Auprès de l'Ambassade de France
Washington, D.C.

Observer Member States (cont.)
Estados Miembros Observadores (cont.)

Guatemala

Dr. Israel Lemus Bojorquez
Director General del Sistema Integral de Salud
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
Ciudad de Guatemala

Mexico
México

Dr. Víctor Arriaga
Director General
Dirección General de Relaciones Internacionales
Secretaría de Salud
México, D.F.

Lic. Manuel Herrera-Rábago
Representante Alterno de México
ante la Organización de Estados Americanos
Washington, D.C.

Panama
Panamá

Sra. Noris Vásquez Alderson
Consejera
Misión Permanente de Panamá
ante la Organización de Estados Americanos
Washington, D.C.

Panel on Globalization and Health
Panel sobre Globalización y Salud

Dr. Ilona Kickbusch
Division of Global Health
Yale University
New Haven, Connecticut

Prof. David Warner
Lyndon B. Johnson School of Public Affairs
University of Texas
Austin, Texas

Dr. Maitreyi Das
Human Development Network
World Bank
Washington, D.C.

Dr. Nick Drager
Strategy Unit
Director-General's Office
World Health Organization
Geneva, Switzerland

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

***Director and Secretary ex officio of the Subcommittee
Directora y Secretaria ex officio del Subcomité***

Dr. Mirta Roses Periago
Director
Directora

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

Dr. David Brandling-Bennett
Deputy Director/Director Adjunto
Assistant Director a.i./Subdirector a.i.

Mr. Eric J. Boswell
Director of Administration
Director de Administración

Dr. Daniel López Acuña
Director of Program Management
Director de Gestión de Programas

***Technical Secretary
Secretaria Técnica***

Dr. Karen Sealey
Area Manager
Planning, Program Budget and Project Support
Gerente de Área
Planificación, Presupuesto por Programas y
Apoyo a Proyectos