



ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ



134^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF

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

Point 4.2 de l'ordre du jour provisoire

CE134/10 (Fr.)

24 mai 2004

ORIGINAL : ANGLAIS

OBJECTIFS DE DÉVELOPPEMENT POUR LE MILLÉNAIRE ET CIBLES SANITAIRES

Les objectifs de développement pour le millénaire (ODM) constituent les résultats de décades de consensus d'opinion au sein du système des Nations Unies et de ses sommets mondiaux et conférences mondiales. L'ensemble présent des ODM consiste en huit objectifs généraux, 18 cibles et 48 indicateurs (voir Annexe). La santé a un rôle suprêmement important dans le Pacte des ODM et ce fait a mis l'investissement dans la santé des gens au centre même du nouvel agenda de développement mondial. L'OPS s'efforce d'utiliser ce mandat élargi et cette dynamique comme point d'entrée stratégique clé pour inscrire la santé au sommet de la liste du programme politique des pays, des organes sous-régionaux et des organisations régionales et de renforcer la coopération avec ses partenaires.

Les ODM font partie intégrante des priorités stratégiques de l'OPS. Ils sont liés aux processus d'appui au développement de la santé au niveau national et à l'extension de la protection sociale en santé. Les ODM et leurs cibles correspondantes sont une dimension clé de l'engagement de l'OPS aux politiques de la santé avec des résultats mesurables. L'accent mis sur l'équité entre les pays et au sein des pays revêt une importance primordiale. L'Organisation est actuellement engagée dans un effort considérable pour intégrer et incorporer les ODM dans son programme de travail au niveau de la Région et au niveau des pays, et huit lignes d'action ont été recensées.

L'année 2004 représente la moitié du chemin jusqu'à l'échéance critique de 2015 pour la réalisation des ODM. Le présent document décrit le rôle de l'OPS à l'appui des États Membres pour la réalisation des ODM et demande au Comité exécutif d'exprimer son opinion quant à la direction de cet effort.

TABLE DES MATIÈRES

	<i>Page</i>
Objectifs de développement pour le millénaire (ODM) : un agenda commun focalisé	3
Contexte de politique des ODM et implications pour l'approche de l'OPS.....	8
Les ODM au titre de l'engagement de l'OPS à des politiques sanitaires avec des objectifs et des cibles mesurables.....	11
ODM : un moteur pour la démocratie et la gouvernance redevable	15
Les ODM s'inscrivant dans le renouveau et les priorités stratégiques de l'OPS	16
Accent mis sur l'équité : Pays et populations prioritaires	18
Assurer une approche intégrée des ODM	19
Les efforts au sein de l'OPS	20
Mesures à prendre par le Comité exécutif	23

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

1. Les objectifs de développement pour le millénaire (ODM) constituent les résultats de décades de consensus d'opinion au sein du système des Nations Unies et de ses sommets mondiaux et conférences mondiales, en commençant par des initiatives sectorielles telles que la Santé pour Tous en 1978 et le premier Sommet de l'Enfance en 1990. Les objectifs ont émergé de la Déclaration du Millénaire des NU adoptée par 189 pays en 2000 et ont été affirmés à la Conférences des NU de Monterrey sur le financement du développement en mars 2002 à travers le Consensus de Monterrey, le Sommet mondial sur le développement durable en septembre 2002 à Johannesburg, et le lancement du tour de négociations commerciales de Doha.

2. En adoptant les ODM, la communauté internationale a confirmé à nouveau les accords convenus à des sommets antérieurs des NU, tels que la Conférence internationale sur la population et le développement au Caire (1994), le Sommet mondial pour le développement social à Copenhague (1995), le Sommet de la terre à New York (1997), le Sommet alimentaire mondial à Rome (2002), et la Session extraordinaire sur l'enfance de l'Assemblée générale à New York (2002) mais elle les a renforcés jusqu'à l'échéance de 2015. Les objectifs portent sur la réduction de la pauvreté, établissent des priorités claires et proposent un engagement à la mise en place d'un partenariat entre les pays industrialisés et les pays en développement par la voie de l'importante addition de l'objectif 8 des ODM, qui engage les pays riches à intensifier leur appui pour atteindre les ODM. L'ensemble présent des ODM consiste en huit objectifs généraux et 18 cibles. Une série de 48 indicateurs ont été proposés pour mesurer les progrès (voir Annexe). De nombreuses organisations internationales et organismes donateurs ont depuis lors recentré leurs programmes de travail en vue de la réalisation des ODM.

3. Aucun de ces objectifs n'est nouveau et il existe pour tout un vaste ensemble de savoir et d'interventions, à l'exception peut-être de certains des défis soulevés par l'objectif 8 sur les partenariats. Mais le défi essentiel des ODM n'est pas technique mais politique : pour la première fois dans l'histoire, la communauté mondiale s'est donnée un agenda commun focalisé et a appelé les gouvernements, la société civile, le secteur privé et les organisations internationales à donner priorité à l'allègement de la pauvreté et à réduire les inégalités de l'accès à des facteurs déterminants du développement. Le très récent *Rapport sur le développement dans le monde 2003* du PNUD désigne cette responsabilité partagée entre protagonistes majeurs sous le nom de Pacte de développement pour le millénaire. La définition de seuils critiques mesurables donne un nouveau sens d'urgence et une nouvelle perspective qui va au-delà du point de vue sectoriel à travers lesquels des questions comme l'éducation, la santé et l'environnement sont généralement abordées. Dans le contexte du cadre des ODM, ils sont compris

comme des domaines clés d'investissement pour la réduction de la pauvreté et le développement humain.

4. Le défi clé des ODM repose sur les progrès relatifs à l'objectif 1—réduire de moitié la pauvreté et la faim d'ici à 2015—du fait que les réalisations de tous les autres objectifs dépendent de la réduction de la pauvreté, de la croissance économique et de la réduction des inégalités. La Région des Amériques est déjà l'une des plus inégales au monde. Certains des coefficients de Gini pour l'inégalité du revenu en 1999 étaient de 0,5 au Pérou, de 0,6 en Bolivie, de 0,59 au Nicaragua, et de 0,64 au Brésil¹. Le coefficient de Gini régional pour la mortalité infantile était de 0,33² en 1997; un rapport³ récent de la Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes/Programme des Nations Unies pour le développement (CEPALC/PNUD) indique que le nombre de gens pauvres dans la Région est en augmentation. Des modèles de simulation sur 18 pays d'Amérique latine et des Caraïbes indiquent que si l'évolution actuelle se poursuit, sept seulement des 18 pays atteindraient les objectifs de réduction de la pauvreté en 2015. Ces pays sont les suivants : l'Argentine (avant les crises), le Chili, la Colombie, le Honduras, le Panama, la République dominicaine et l'Uruguay. Un deuxième groupe de six pays continuerait à réduire l'incidence de l'extrême pauvreté mais à un rythme très lent. Ces pays sont : le Brésil, le Costa Rica, El Salvador, le Guatemala, le Mexique, et le Nicaragua. Les autres cinq pays—la Bolivie, l'Équateur, le Paraguay, le Pérou, et le Venezuela—verraient une augmentation des niveaux d'extrême pauvreté et n'atteindront jamais les cibles à moins que leurs taux de pauvreté ne connaissent un changement majeur de trajectoire.⁴

5. Le renforcement de l'engagement politique aux ODM dans la Région des Amériques demeure un défi; et malgré une série d'efforts pour établir un système de suivi pour les ODM au niveau des pays, très peu d'entre eux les ont pleinement intégrés dans leurs processus de politique. L'importance de l'appropriation du processus des ODM par les pays a été soulignée lors de la récente conférence à haut niveau de Brasilia le 17 novembre 2003, qui a rassemblé des dirigeants politiques et des représentants d'organisations régionales de l'ensemble des Amériques et qui a mis en évidence l'importance de la réalisation d'un consensus politique pour l'exécution des ODM dans les Amériques. Elle a renforcé le principe de partenariats inhérent aux ODM et expliqué les responsabilités des gouvernements, des législateurs, de la société civile et de la communauté internationale. Elle a également fait ressortir que les objectifs et les cibles de

¹ Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes, Institut de recherche économique appliquée, Programme des Nations Unies pour le développement. *Meeting the Millennium Poverty Reduction Targets in Latin America and the Caribbean*. 2002. (Livres du CEPAL No. 70).

² Organisation panaméricaine de la Santé. *Health in the Americas: 2002 Edition*. Washington, DC : OPS; 2002. (publication scientifique et technique No. 587).

³ Ibidem, note en bas de page 1, page 5.

⁴ Ibidem, note en bas de page 1, page 5.

la Déclaration du Millénaire coïncident avec les mandats et les priorités adoptés dans les Sommets des Amériques.

6. Le Sommet de Québec de 2001 a donné la priorité à l'élimination de la pauvreté dans un contexte d'équité, de gouvernance démocratique et de durabilité de l'environnement. Lors du Sommet spécial des Amériques en 2003, les gouvernements de la Région ont donné leur accord à la Déclaration de Nuevo León, qui cerne trois objectifs étroitement liés pour améliorer les conditions de vie des populations des Amériques : croissance économique avec équité pour réduire la pauvreté, développement social, et gouvernance démocratique. En ce qui concerne la santé, la protection sociale en santé a également été reconnue comme un élément clé du progrès national et les pays se sont engagés à étendre les stratégies de prévention, de soins et de promotion de la santé, en mettant l'accent particulièrement sur les segments les plus vulnérables de la société. Le VIH/SIDA a été considéré comme spécialement préoccupant, ainsi que les maladies émergentes et ré-émergentes, notamment le paludisme et la tuberculose et d'autres.

7. La Déclaration de Brasilia est un appel à l'action et à l'exécution,⁵ qui est fortement renforcé par le fait qu'une analyse récente laisse entendre qu'aucun pays dans les Amériques n'atteindra probablement tous les objectifs des ODM. En fait certains des plus grands défis pour les pays des Amériques se trouvent dans le domaine de la santé. À présent, la Région prise dans son ensemble ne semble pas prête à atteindre les cibles ambitieuses de réduction de la mortalité infantile et maternelle bien que la situation varie énormément entre les pays de la Région et différents groupes de population, ainsi qu'entre les indicateurs des cibles.

8. Une étude de cas de l'OPS indique que si l'évolution actuelle se poursuit, la réduction de la mortalité des nourrissons et des enfants de moins de cinq ans atteindrait 54%, pourcentage bien inférieur aux deux tiers établis dans les objectifs.⁶ En 2003, la mortalité infantile a varié entre 5,3 pour 1.000 naissances vivantes au Canada et 80,3 pour 1.000 en Haïti. La situation de la mortalité maternelle est également extrêmement variée, estimée à 16 pour 100.000 naissances vivantes à Cuba et à 680 pour 100.000 naissances vivantes en Haïti en 2000. Au cours de la dernière décennie, certains pays ont connu une augmentation de la mortalité maternelle et d'autres une diminution considérable. En outre, les calculs de la BID indiquent que la réduction annuelle entre 2000 et 2015 pour atteindre l'objectif varie énormément, avec 1,6% en Uruguay et 15,1%

⁵ Banque interaméricaine de développement, Programme des Nations Unies pour le développement, Gouvernement du Brésil, Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes, Banque mondiale. Déclaration de Brasilia : Proposition pour réaliser les objectifs de développement pour le millénaire. 17 novembre 2003.

⁶ Organisation panaméricaine de la Santé/Organisation mondiale de la Santé. Aire de gouvernance et de politique. *Salud en los Objetivos de Desarrollo del Milenio*. Document non publié. 2003.

au Panama.⁷ L'épidémie de VIH/SIDA est bien établie dans les Amériques, avec une prévalence nationale du VIH d'au moins 1% dans 12 pays, tous dans les Caraïbes, et avec une prévalence du VIH parmi les femmes enceintes dépassant 2% dans six pays. Dans la plupart des autres pays de la Région, l'épidémie est plus concentrée dans certaines zones ou groupes de population.

9. L'incidence du paludisme varie énormément dans les pays de la Région, mais selon les estimations, en 2002, 31% de la population des Amériques vivaient dans des zones à risque potentiel de transmission de la maladie. Plus de 80% des cas actuellement notifiés proviennent des neuf pays qui partagent la forêt tropicale amazonienne en Amérique du Sud. En 2002, il y a eu 223.057 cas de tuberculose dans les Amériques, dont 50% au Brésil et au Pérou. Les cas accusent une baisse légère depuis 1999. Dans le cadre de la stratégie de lutte contre la tuberculose de l'OMS, les efforts dans les pays des Amériques se sont concentrés sur l'exécution et l'expansion de la stratégie d'observation directe du traitement écourté (DOTS) qui contribuera à atteindre l'objectif des ODM sur la tuberculose. Il y a par conséquent un rôle et des possibilités considérables d'actions conjointes par les États Membres et l'OPS, avec l'appui d'autres partenaires au niveau des pays.

10. Les ODM ont inscrit l'investissement dans la santé des gens au centre même du nouvel agenda de développement mondial. Trois des huit ODM concernent explicitement des problèmes de santé : réduction de la mortalité infantile, amélioration de la santé maternelle et lutte contre le VIH/SIDA, le paludisme, et d'autres maladies. Sept des 18 cibles sont directement liées à la responsabilité du secteur de la santé : cible 2 malnutrition, cible 5 mortalité infantile, cible 6 mortalité maternelle, cible 7 VIH/SIDA, cible 8 paludisme et autres maladies infectieuses, cible 10 eau potable salubre et cible 17 médicaments essentiels. Cette priorité élevée accordée à la santé souligne le nouveau consensus qui veut que la santé n'est pas seulement un résultat de l'accroissement du développement, mais qu'elle est à sa racine. Le cadre des ODM fait ressortir la synergie entre les huit ODM; en fait, ils sont présentés comme un ensemble indivisible. Pour l'Organisation mondiale de la Santé, pour l'OPS et pour leurs États Membres, ce type d'approche renforce les principes et la stratégie de la Santé pour Tous et des soins de santé primaires, qui place également la santé au centre du développement économique et social. Par conséquent, les ODM dotent la communauté de la santé publique d'un point d'entrée inestimable à la politique et à l'économie.

11. L'OPS est actuellement engagée dans un effort considérable pour intégrer les ODM dans son programme de travail au niveau de la Région et au niveau des pays afin de

⁷ Banque interaméricaine de développement. *Los Objetivos del Milenio en América Latina y el Caribe: Retos, acciones y compromisos.*

renforcer l'appui aux pays dans leur réalisation. Huit objectifs stratégiques globaux ont été arrêtés :

- Plaidoyer : Accroître la sensibilisation aux priorités de la santé établies par les ODM à l'aide d'une vaste série de dialogues de politique, de partenariats et d'action intersectorielle dans l'ensemble de la Région des Amériques.
- Politique : Intensifier l'action sur le développement de la santé nationale, assurer la protection sociale en santé en particulier au niveau régional et aux niveaux locaux pour soutenir les progrès des ODM et intégrer le travail sur les ODM dans les initiatives de politique de la santé concernant les objectifs et cibles sanitaires et les politiques de la santé axées sur les résultats dans les Amériques.
- Assistance technique : Appui aux pays dans l'exécution de leurs stratégies nationales s'appliquant aux ODM qui portent sur la santé.
- Intégration : Intégrer le travail sur les ODM aux autres efforts stratégiques dans le développement de la santé dans la Région des Amériques, tels que la Commission sur la macro-économie et la santé, les efforts par les organismes sous-régionaux, et l'identification de biens publics régionaux tel que celui initié par le groupe sur l'avenir de l'OPS au 21^e siècle.
- Partenariats : S'engager dans la coopération avec d'autres partenaires et l'accroître, en particulier dans l'exécution au niveau des pays en vue d'obtenir des résultats.
- Autonomisation : Accroître l'alphabétisation en santé et l'autonomisation des communautés au moyen d'une forte implication de la société civile à tous les niveaux pour atteindre les ODM, avec un effort particulier sur l'inclusion des groupes ethniques, des populations autochtones et des femmes.
- Suivi : Améliorer la mesure et le suivi des progrès à l'aide de données sanitaires désagrégées de haute qualité aux niveaux régional, sous-régional et des pays.
- Recherche : Initier la recherche pour renforcer la base des faits observés et générer de nouvelles connaissances, en particulier en ce qui concerne les synergies pour la santé et le développement avec une focalisation sur l'objectif 8.

12. Ceci signifie que la stratégie de l'OPS œuvrera à assurer l'interface de trois approches : une approche de groupe portant sur les problèmes et les priorités, liée aux cibles spécifiques des ODM qui ont été établies en santé; une approche de développement de la santé nationale qui renforce la protection sociale en santé pour tirer parti des politiques sanitaires axées sur les résultats; et une approche de l'exécution qui renforce l'action intersectorielle et implique la société civile. Tous les niveaux de l'OPS

—siège, centres et bureaux dans les pays— devront travailler ensemble avec des méthodes nouvelles pour répondre à l'urgence imposée par le processus des ODM, incluant le renforcement des bureaux dans les pays pour faciliter et appuyer les partenariats et alliances stratégiques au niveau national. Le fait même que les solutions existent assurément, mais qu'elles ne sont pas accessibles aux plus pauvres, est l'un des moteurs de l'agenda des ODM et il faut un effort particulier de l'OPS pour créer une approche véritablement concertée entre les pays qui reconnaissent que la santé est un bien public, comme l'examine actuellement le Groupe de travail sur l'avenir de l'OPS au 21^e siècle.

13. L'Organisation devra développer une réorientation des politiques et des stratégies qui vient en complément des solutions techniques. Ceci aura des implications pour le travail de l'OPS au niveau des pays à l'appui des ministères de la santé, en travaillant avec d'autres organisations et protagonistes pour créer l'engagement politique et financier massif qui est requis au niveau des pays. En bref, la réponse de l'OPS se fera à trois niveaux : technique, gestion et politique. Elle sera aussi étroitement liée au processus de développement du 11^e Programme général de travail de l'OMS, qui — précisément à cause de l'engagement de l'OMS aux ODM— aura une échéance plus longue, à savoir 2015 comme objectif.

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

14. Lorsque l'on considère les ODM concernant la santé en particulier, il est essentiel de tenir compte du contexte plus général des politiques. L'année 2004 représente la moitié du chemin jusqu'à l'échéance critique de 2015 pour la réalisation des ODM. Ce n'est que si des efforts collectifs aux niveaux nationaux et au niveau international sont intensifiés que les pays seront en mesure de s'acquitter de leurs engagements et de réaliser les ODM. Il ne s'agit pas seulement d'un manque de bonne gouvernance au niveau des pays ou d'une aide insuffisante au développement. Le monde continue à se débattre contre l'impact différentiel de la restructuration économique face à la mondialisation rapide qui apporte dans son sillage les nouveaux gagnants et les nouveaux perdants du processus de développement. Par exemple, plus de 50 nations dans le monde sont devenues plus pauvres au cours de la dernière décennie, et un nombre de pays de la Région des Amériques se heurtent à une baisse considérable de l'économie ou à une réduction de la croissance. Un développement hautement inégal et des inégalités croissantes ont été l'un des leitmotivs des dix dernières années.

15. Face à ces incertitudes mondiales, le Pacte de développement pour le millénaire tel que le propose le PNUD applique un nouveau principe : plutôt que de permettre au niveau présent des ressources de décider du rythme du développement, les gouvernements des pays riches et pauvres, ainsi que les institutions internationales, devraient commencer par demander quelles sont les ressources qui sont requises pour

réaliser les ODM. La plupart des estimations font état d'un chiffre d'au moins US\$ 50 milliards par an à un niveau mondial d'aide supplémentaire ou un doublement des niveaux actuels de l'aide. À présent, la communauté internationale s'est engagée à accroître les volumes de l'aide d'environ \$16 milliards par an. Les calculs qui ont été entrepris par la Commission macro-économique pour la Santé⁸ indiquent que pour les pays à faible revenu, il faudrait \$27 milliards supplémentaires par an en fonds de donateurs pour assurer les services et les interventions les plus essentiels. Ces analyses sont de plus en plus réalisées au niveau des pays afin d'évaluer leur capacité d'absorption et le potentiel pour l'intensification des interventions.

16. Au vu du programme de la santé inachevé dans de nombreux pays, les préoccupations sont nombreuses concernant le retrait de l'assistance de l'Overseas development assistance (ODA) de la Région des Amériques. Une analyse récente du Comité de développement du Fonds monétaire international et de la Banque mondiale⁹ indique clairement que même de modestes augmentations de l'ODA pourraient jouer un rôle significatif en aidant les pays à revenu moyen, tranche inférieure comme le Guatemala ou le Pérou, à progresser plus rapidement sur la voie de la réalisation des ODM. La Bolivie est donnée en exemple de pays qui a progressé rapidement sur la voie de plusieurs ODM mais qui a encore beaucoup à faire sur le plan de la santé. Par exemple, la réalisation des ODM pour la santé nécessitera des augmentations durables dans la part des dépenses publiques relatives au secteur de la santé : l'estimation du coût fournie par le rapport tourne autour de \$160 million par an, chiffre qui va bien au-delà des moyens qui peuvent être réalisés en réorientant les ressources nationales.

17. Pour les pays à revenu intermédiaire, tranche supérieure, cette analyse soutient que même si le gros des fonds pour atteindre les ODM doit provenir des ressources intérieures, l'ODA devrait venir en complément et appuyer les politiques nationales clairement exprimées qui se rapportent à l'exclusion sociale et qui sont axées sur des régions, des problèmes ou des groupes de population particuliers. Dans les Amériques, ceci s'applique à des pays comme le Brésil et le Mexique, où existent de grandes différences régionales et où les inégalités sont fréquemment liées à une histoire complexe d'exclusion sociale des populations autochtones et de descendance africaine. Des exemples positifs, tels que les efforts entrepris par l'État de Veracruz au Mexique, pour remédier aux inégalités dans la santé et l'éducation, ou la création du Secrétariat pour promouvoir l'égalité raciale (CEPPIR) au Brésil, peuvent servir d'orientations dans d'autres domaines et méritent un soutien supplémentaire des donateurs pour réaliser les ODM. Ceci met assurément en évidence, en particulier pour les grands pays, le besoin

⁸ Organisation mondiale de la Santé. Rapport de la Commission de l'OMS sur la macro-économie et la santé. Cinquante-cinquième Assemblée mondiale. 23 avril 2002. Genève: OMS. (Document officiel A55/5).

⁹ Fonds monétaire international et Banque mondiale. *Achieving the MDGs and Related Outcomes: A Framework for Monitoring Policies and Actions*, 26 mars 2003. (No. DC2003-0003).

pour l'ODA d'appuyer l'action au niveau sous-national, c'est-à-dire les gouvernements régionaux ou les municipalités qui s'engagent à réaliser les ODM.

18. Mais pour de nombreux pays dans les Amériques, les préoccupations portent de manière beaucoup plus importante sur les domaines clés mentionnés dans l'objectif 8, en particulier l'accès aux marchés mondiaux et aux nouvelles technologies. Il s'agit là d'un aspect qui mérite d'être souligné afin de renforcer l'engagement politique aux ODM dans la Région. Les ODM concernent tous les pays et toutes les régions du monde, et non simplement les plus pauvres. Nous ne devons pas répéter les malentendus qui ont fait obstacle à l'exécution de la Déclaration d'Alma Ata, qui a été interprétée par certains comme ne concernant que les pays pauvres—une situation ayant atteint son paroxysme avec des soins médiocres pour les gens pauvres.

19. Et du fait que la Région des Amériques se définit par certaines des inégalités sociales les plus élevées au monde, il est essentiel que ses pays à revenu intermédiaire remédient aux inégalités et aux déséquilibres dans le développement, qui quant à eux, trouvent souvent leur expression la plus absolue dans les inégalités en santé. Exemple, le taux de mortalité infantile au Brésil fait état d'un déséquilibre significatif lorsqu'il est analysé par race : à Bahia, état où prédomine la population de descendance africaine, le taux est de 51 pour 1.000 naissances vivantes, le double de celui des états ayant une majorité de population de race blanche, comme São Paulo ou Rio Grande do Sul (24.63).

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

21. Dans ce contexte de politique, la stratégie de l'OPS pour les ODM sera fondée sur deux axiomes clés :

- (a) Dans son programme de travail approuvé, l'OPS considère les ODM comme un point d'entrée supplémentaire pour renforcer l'investissement dans la santé et inscrire la santé au sommet de la liste du programme politique des pays, des organes sous-régionaux telles que le MERCOSUR, le Traité de coopération amazonien (TCA), la Communauté andine (CAN), le Marché commun centraméricain (CACM), la Communauté et le Marché commun des Caraïbes (CARICOM), et des organisations régionales. Alors que les ODM ont une forte composante technique et s'inscrivent naturellement dans le travail technique déjà

accompli au sein de l'Organisation, leur intention principale est de créer un sens d'urgence, d'engagement politique et de redevabilité démocratique dans le cadre d'une nouvelle vision stratégique pour le développement et la coopération entre les pays. Dans la santé, ils font œuvre de pionnier précisément en déplaçant les questions techniques telles que la santé maternelle et infantile et la lutte contre les maladies infectieuses à un niveau politique nouveau pour les pays (du fait qu'ils ont été adoptés par les Chefs d'État), pour les donateurs (du fait qu'ils vont au-delà de l'assistance exclusive), et pour les organismes régionaux et les organisations internationales. Pour cette raison, les ODM offrent également à l'OPS de nouvelles possibilités de travailler sur un agenda commun avec des partenaires multiples, tant au niveau régional qu'au niveau des pays.

- (b) La stratégie de l'OPS accorde une très grande importance à l'objectif 8 dans toutes ses dimensions, notamment les besoins particuliers des pays enclavés et des petites îles en développement. Au cours de la dernière décennie, les pays de la Région ont été exposés à des risques sociaux et économiques accrus dans le contexte de la restructuration mondiale, de l'instabilité politique et des troubles civils dans un nombre de pays. Par conséquent, le rôle de l'OPS signifiera non seulement l'appui à l'exécution d'interventions et le suivi des progrès accomplis en ce qui concerne les objectifs et cibles respectifs de la santé, mais aussi une analyse systématique des déterminants contextuels et politiques plus vastes — accords commerciaux, politiques économiques, politiques d'immigration, etc.— et leur impact sur la santé. Le travail de l'OPS sur la fonction centrale de l'établissement de systèmes élargis de protection sociale dans la Région revêt donc une importance nouvelle. À cause de la grande portée de l'objectif 8, la coopération entre l'OPS, la Banque mondiale et la Banque interaméricaine de développement à travers l'Agenda commun revêt une importance accrue.

Les ODM au titre de l'engagement de l'OPS à des politiques sanitaires avec des objectifs et des cibles mesurables

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

la solidarité et l'équité ainsi que la redevabilité et la transparence à travers des indicateurs communs et l'efficacité par la synergie, la collaboration et les partenariats.

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

24. Le fait de disposer pour la première fois d'un ensemble d'objectifs sanitaires clairement identifiables au niveau mondial qui font partie intégrante d'une stratégie de développement globale et qui ont été entérinés par les Chefs d'État est d'une grande valeur pour le secteur de la santé. C'est là une reconnaissance du fait que la santé est considérée comme un facteur clé du développement social et économique et qu'elle empiète sur les ministères des finances, de la planification et du développement. Pour les pays plus pauvres de la Région, les ODM de la santé —qui ont reçu l'engagement global des gouvernements et qui seront une partie intégrante de la stratégie des pays pour réaliser les ODM— constitueront un point d'entrée inestimable pour inscrire la santé à l'agenda des stratégies de développement économique et social et des négociations de prêts et de donateurs. En résultat, ceci signifie que les stratégies et les approches du secteur de la santé et des organisations de la santé telles que l'OPS doivent être ajustées en conséquence.

25. Le processus et le produit du suivi des ODM devraient appartenir aux pays et être orientés par les pays. Ils comportent la définition de la façon dont les ODM s'appliquent à la situation des pays et la façon dont ces derniers doivent concevoir leur réalisation à l'aide de stratégies, de politiques et de programmes nationaux de développement. Dans de nombreux pays, le suivi requiert le développement de systèmes soutenus de statistiques et de compétences pour analyser et utiliser les données en vue de l'élaboration et de la programmation des politiques. Des cadres nationaux de

planification et de politique définis par les Nations Unies et les institutions de Bretton Woods, tels que les Evaluations communes par pays (ECP), les Cadres d'assistance au développement des Nations Unies (CADNU), et les Documents de stratégie de réduction de la pauvreté (DSRP), peuvent aider à la réalisation et au suivi de la Déclaration du Millénaire même s'ils ont des intentions, un calendrier et des contenus différents.

26. Les indicateurs contenus dans le Cadre des indicateurs des ECP révisé en 2002 comprennent ceux suivis pour suivre la trace des ODM et par conséquent ils peuvent faciliter le suivi des objectifs. Les ECP établissent les bases du processus CADNU, qui à son tour peut être utilisé comme outil de planification pour aider à réaliser les ODM. Lorsqu'ils sont considérés comme des stratégies pro-pauvres et non seulement comme des approches de recherche de la croissance, les DSRP sont également un processus qui peut contribuer à la réalisation des ODM. Les rapports annuels sur les DSRP peuvent également être employés comme outil pour le suivi intérimaire des progrès sur la voie des ODM. Ces derniers à leur tour peuvent être utilisés comme point d'entrée à une focalisation sur le secteur social dans les DSRP. Les données provenant des rapports des ODM et une analyse de leurs implications de politique peuvent aider à équilibrer l'axe macro-économique des DSRP. L'utilisation de ces différents cadres dans le contexte des ODM peut aider à assurer la prestation des services sociaux de base ciblés sur les plus pauvres.

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

28. Pour les pays plus aisés de la Région qui ont atteint les ODM comme moyennes nationales, le développement d'objectifs et de cibles sanitaires plus généralisés peut intégrer les ODM en établissant des cibles se rapportant spécialement aux groupes et aux régions défavorisés—et offrir un incitatif à la formulation d'objectifs plus ambitieux pour la santé de la population focalisés sur l'équité. Une étude de la Banque mondiale¹⁰ laisse entendre qu'une stratégie visant les groupes défavorisés donnerait les moyens de réaliser

¹⁰ Gwatkin D. *Who Would Gain Most from Efforts to Reach the Millennium Development Goals for Health*. In: *Health, Nutrition and Population*. Banque mondiale, décembre 2002.

les ODM liés à la santé tout en produisant des avantages complémentaires en termes d'équité distributive. Une étude de cas réalisée par l'OPS fait état d'un potentiel similaire.¹¹ Une étude CEPALC indique que les objectifs de réduction de la pauvreté des ODM ne sont réalisables que si les pays réussissent à devenir à la fois progressivement plus riches et moins inégaux, par exemple, au moyen de la combinaison d'un taux de croissance annuel du PIB de 3% et de réductions cumulées de l'inégalité d'environ 4%.¹²

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

ODM : un moteur pour la démocratie et la gouvernance redevable

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

¹¹ Ibidem, note en bas de page 7, page 6.

¹² Ibidem, note en bas de page 2, page 5.

des ODM au centre des politiques publiques dans la Région des Amériques en tant qu'élément clé destiné à améliorer la qualité de vie des personnes.

31. La Déclaration de Brasilia reconnaît le rôle important de la société civile dans la réalisation des ODM et exprime l'espoir que leur processus aide à renforcer les institutions démocratiques et appuie l'inclusion sociale, une culture de la paix et les droits de l'homme. En juin 2004, une réunion importante de la société civile se tient au Chili, le Séminaire de l'Amérique latine et des Caraïbes. Les principaux objectifs du séminaire sont de faciliter le dialogue, le renforcement de la capacité et les partenariats entre les NU, les gouvernements, le secteur privé et les sociétés civiles en vue de la réalisation des ODM dans la Région.

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

33. L'un des défis essentiels pour le secteur de la santé et l'OPS sera de trouver les moyens d'assurer la crédibilité auprès des communautés et de restaurer la confiance dans les institutions publiques. Ceci revêt une importance particulière pour les pays qui ont subi des troubles civils importants et dans lesquels les besoins des populations autochtones ont été grandement négligés. L'effort de l'OPS vis-à-vis des ODM doit mettre particulièrement l'accent sur le travail avec les parlementaires et les dirigeants régionaux, locaux et communautaires afin d'atteindre les communautés les plus pauvres de la Région. Il existe des exemples dans d'autres Régions de l'OMS, tels que *l'Equity Gauge Alliance* qui a développé une méthodologie pour accomplir cette tâche de manière réussie, méthodologie qui commence à être étudiée pour les Amériques.

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

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

35. Les ODM s'inscrivent clairement dans le renouveau et les priorités stratégiques de l'OPS qui mettent en relief les objectifs suivants :

- Tenir compte des déterminants,
- Protéger la santé comme un bien public et les droits de l'homme,
- Créer une synergie des protagonistes,
- Assurer l'équité de la distribution.

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

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

38. Des exemples réussis de la façon de relever les défis sanitaires établis par les ODM existent dans toute la Région, tels que la semaine annuelle de vaccination dans tous les pays des Amériques, mais l'intensification nécessaire de cette activité ne peut se faire qu'au moyen d'une aide supplémentaire. Un document de travail récent de l'OMS soutient que même avec des taux plus élevés de croissance économique et de progrès plus rapides sur les ODM « hors santé » qui ont un impact sur les résultats de la santé tels que

l'éducation de base, l'égalité des sexes, et l'eau et l'assainissement, pour de nombreux pays il ne sera possible de réaliser les ODM concernant la santé et la malnutrition que si des mesures extraordinaires sont prises pour améliorer la couverture et la qualité des services de santé et de nutrition.

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

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

Accent mis sur l'équité : pays et populations prioritaires

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

41. Mais l'accent mis sur un pays ne suffit pas à lui seul, car un grand nombre des inégalités en santé que connaît la Région des Amériques se fondent sur la géographie, l'origine ethnique, le sexe et le statut socio-économique. Il est vital de remédier aux poches essentielles de pauvreté dans une région qui connaît le niveau d'inégalité le plus

élevé au monde et, dans de nombreux cas, il s'agit de zones frontalières ou d'endroits géographiquement éloignés. L'inégalité du développement dans les Amériques nécessitera que le processus des ODM développe des stratégies focalisées sur des groupes spécifiques qui tiennent compte à la fois de ce que l'on appelle la « nouvelle pauvreté », par exemple des ménages ayant une femme à leur tête, et des groupes qui ont été historiquement exclus.

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

Assurer une approche intégrée des ODM

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

44. Le processus des ODM aura besoin d'une analyse de l'information épidémiologique et socio-économique fiable. Cette analyse demeure entravée par les sources variées d'information statistique, le manque d'harmonisation et le manque de désagrégation des données. Exemple, dans son *Rapport sur le développement humain 2003*, le PNUD assume que le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans en Amérique latine et aux Caraïbes a été réduit de 56 décès pour 1.000 naissances vivantes en 1990, à 35 pour 1.000 en 2001, et que la tendance actuelle permettra à la Région de dépasser l'objectif de 2015. L'OPS, utilisant les données de la Division de la Population

des Nations Unies, arrive à une conclusion différente et moins optimiste, estimant que la réduction au cours de la période 1990-2001 n'a été que de 54,5 à 41,4 décès pour 1.000 naissances vivantes, ce qui a évidemment des implications de politique importantes.

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

46. L'OPS prendra également un rôle de chef de file dans les discussions avec les donateurs sur les nouveaux principes qui émergent concernant l'assistance au développement. Un pourcentage beaucoup plus élevé d'assistance devra être fourni sous une forme qui permet de financer les coûts supplémentaires de la réalisation des ODM. L'aide devra être ponctuelle et prévisible afin d'initier et de maintenir les réformes. Les donateurs devront accepter les priorités des pays concernant les objectifs et les cibles nationaux, devront passer du financement de projets au financement et à des dons directs selon qu'il convient, et montrer leur disposition à s'acquitter des coûts accrus des programmes de santé à l'aide d'un appui budgétaire ou au niveau du secteur, ou du financement de programmes sectoriels bien conçus. À leur tour, les pays devront intensifier leurs efforts pour améliorer la gouvernance redevable de la santé et l'efficacité des systèmes et des institutions sanitaires. Il y aura un besoin accru de suivi et d'analyse des actions en vue de la réalisation des ODM et il faudra disséminer les exemples de bonne pratique de politique et de gouvernance et les leçons apprises.

Les efforts au sein de l'OPS

47. Une équipe stratégique ODM a été établie dans le bureau du Directeur de la gestion des programmes. Elle travaille en relation étroite avec le Groupe de travail sur les ODM qui a été créé au sein de l'OPS, qui réunit des points focaux ODM désignés dans tous les domaines du programme pour chacune des cibles concernant directement la santé; un point focal pour le suivi, la communication et les partenariats globaux; et des points focaux représentant les problèmes clés des systèmes : protection sociale en santé,

santé publique, soins de santé primaires, promotion de la santé et santé environnementale. La tâche de ce groupe consiste à développer les mesures et les mécanismes qui aideront l'OPS à améliorer son appui aux pays dans leur effort pour atteindre les ODM dans les Amériques. Il se réunit régulièrement pour discuter les stratégies, les approches et les progrès et pour assurer l'intégration des propositions d'action dans le budget du programme. Il est appuyé par un site intranet. Les bureaux dans les pays auront plein accès aux délibérations de ce groupe.

48. Un effort d'intégration est en cours dans tous les domaines de travail de l'Organisation, et il a été mené par l'Aire de la famille et de la santé communautaire. L'objectif est à la fois une réorientation et une réorganisation du travail des unités techniques, un développement de partenariats spéciaux entre programmes pour atteindre les objectifs, une différente répartition du temps du personnel de l'OPS pour lui permettre d'appuyer le processus des ODM aux niveaux régional, sous-régional et des pays, ainsi que la création d'un nouveau type d'équipe d'appui technique intégré aux pays. Une série de personnes individuelles, d'unités et de programmes au siège et dans les bureaux des pays sont encouragés à contribuer aux ODM et à ajuster leurs programmes en conséquence.

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

50. Une priorité élevée est accordée aux activités en matière de santé maternelle et infantile, VIH/SIDA, nutrition et eau et assainissement. Un effort est en cours pour identifier les activités liées aux ODM dans le budget programme biennal, par exemple en signalant les résultats attendus qui contribueront à atteindre les ODM. Un effort similaire est en cours pour identifier les projets financés par des ressources extérieures, et les ODM constituent une priorité dans le travail de l'OPS avec la Fondation panaméricaine pour la Santé et l'Éducation (PAHEF).

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

et pour rendre le travail de l'OPS, et le travail avec les partenaires, plus sensibles aux ODM.

52. Certaines activités à l'appui des ODM qui sont en cours consistent à :

- Appuyer les initiatives de politique portant sur les réalisations des ODM de la santé dans les Amériques, en vue du prochain Sommet des Amériques qui aura lieu en 2005.
- Accroître la coopération avec les partenaires de l'Agenda commun, la Banque mondiale et la Banque interaméricaine de développement, dans le suivi et l'exécution des objectifs au niveau des pays.

Engager la communauté de la santé publique des Amériques, les associations de santé publique et les écoles de santé publique dans la réalisation des ODM.

Engager les groupements sous-régionaux, les parlementaires et la société civile de toute la Région des Amériques dans un dialogue sur l'importance des objectifs sanitaires dans la réalisation des ODM.

- Créer un groupe de travail spécial des pays clés pour développer des zones d'action des ODM.
- Engager un dialogue intensif entre les ministères de la santé et les ministères de l'éducation sur les synergies pour atteindre les ODM en vue d'une initiative intersectorielle de haut niveau destinée à renforcer les initiatives de santé scolaire dans l'ensemble de la Région.
- Faire un effort concerté pour accroître l'alphabétisation en santé des communautés les plus pauvres en mettant l'accent sur les domaines prioritaires des ODM, avec des liens étroits à l'objectif 2 (éducation) et l'objectif 3 (autonomisation des femmes).
- Entreprendre l'initiative sur la redevabilité en santé dans les Amériques, dont le but est d'appliquer et d'améliorer les systèmes de suivi et d'information de l'OPS et d'utiliser des innovations telles que le SIG pour cartographier les progrès réalisés. Les interactions existent évidemment avec le projet des comptes nationaux de la santé. Cette initiative inclurait non seulement de mesurer les progrès de la santé en ce qui concerne les ODM, mais aussi de suivre le développement de l'appui et de partenariats mentionnés dans l'objectif 8, qui préconise l'augmentation des transferts de ressources du Nord au Sud et l'accroissement de la coordination des donateurs au niveau des pays et aux

niveaux locaux.

- Poursuivre les plans d'action municipaux en vue des ODM pour impliquer les nombreuses municipalités sanitaires dans l'ensemble des Amériques dans une robuste initiative ODM qui porte spécialement sur les communautés les plus pauvres.
- Renforcer le rôle du leadership intellectuel et stratégique de l'OPS, par exemple dans des domaines tels que la santé et la sécurité, la santé et les échanges commerciaux, la santé et la démocratie, etc.
- Créer un groupe consultatif de haut niveau qui conseillera l'OPS sur sa stratégie des ODM.

53. En résumé, l'action pour l'OPS implique comme suit :

- Assurer l'intégration du processus des ODM dans la direction stratégique globale de l'OPS et de la Santé pour Tous;
- Fournir une assistance d'experts aux pays;
- Identifier les obstacles clés et partager les solutions;
- Suivre les progrès aux niveaux global et régional et assurer la qualité élevée des données;
- Engager les protagonistes à tous les niveaux dans le processus des ODM;
- Mobiliser les ressources.

Mesures à prendre par le Comité exécutif

54. Le Comité exécutif est prié d'apporter des commentaires et des suggestions sur le présent document de sorte que l'orientation du travail de l'OPS dans ce domaine puisse être davantage précisée.

Annexe

Objectifs du millénaire pour le développement (OMD)

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

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

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

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

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

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

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

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