



PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION
WORLD HEALTH ORGANIZATION



46^e CONSEIL DIRECTEUR
57^e SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL

Washington, D.C., EUA, 26-30 septembre 2005

Point 3.2 de l'ordre du jour provisoire

CD46/4 (Fr.)

26 août 2005

ORIGINAL : ANGLAIS

**RAPPORT ANNUEL DU DIRECTEUR DU
BUREAU SANITAIRE PANAMÉRICAIN**

OEUVRER ENSEMBLE EN FAVEUR DE LA SANTÉ DANS LES AMÉRIQUES

Aux États Membres :

Conformément aux dispositions de la Constitution de l'Organisation panaméricaine de la santé, j'ai l'honneur de soumettre le présent Rapport annuel pour 2004-2005 sur les activités du Bureau sanitaire panaméricain, Bureau régional de l'Organisation mondiale de la santé. Le Rapport met en relief les principaux événements qui se sont produits durant la période en question lors de la mise en oeuvre du Programme de coopération technique dans le cadre du Plan stratégique du Bureau sanitaire panaméricain, 2003-2007, tel qu'il avait été défini par les organes directeurs de l'Organisation panaméricaine de la santé.

Mirta Roses Periago
Directrice

TABLE DES MATIÈRES

	<i>Page</i>
Introduction.....	3
Engagement envers l'achèvement du programme inachevé	4
Consolidation d'un consensus en vue de réduire le taux de mortalité maternelle dans les Amériques	4
Réseaux sociaux et prévention de la mortalité infantile	8
Santé des populations autochtones et l'accès à l'eau et à l'hygiène	12
Progrès enregistrés dans le contrôle de la maladie de Chagas et d'autres maladies négligées	14
Alimentation et sécurité alimentaire dans la lutte contre la pauvreté	17
Focalisation sur la protection des réalisations en matière de santé	18
Mobilisation en vue d'une couverture durable de l'immunisation	18
Administration et gouvernance locales : municipalités et communautés saines	21
Santé des populations frontalières et intégration sous-régionale.....	24
Renouvellement des soins primaires de santé en vue de renforcer les systèmes de santé	25
Politiques publiques globales en vue d'améliorer la qualité de vie.....	27
Affronter les nouveaux enjeux ensemble.....	34
Lutte contre le VIH/SIDA.....	34
Coalition interaméricaine pour la prévention de la violence	36
Nouvelles règles pour relever les défis qui se posent globalement pour la santé.....	38
Coopération technique entre pays (CTP) : Un instrument efficace pour l'établissement d'alliances d'alliance entre les pays	44
Intervention commune dans le cadre des préparatifs, de l'atténuation et de la réponse en cas de catastrophes.....	49
Aide au développement et partenariats stratégiques pour la santé	53
Renforcement des institutions pour le 21 ^e siècle.....	58
Acronymes utilisés dans le présent document	62

Introduction

1. En dépit des travaux que nous avons réalisés et que nous continuons à mener conjointement en relation avec plusieurs questions liées à santé, une collaboration entre institutions revêt une importance critique. Par exemple, le domaine de la réduction des catastrophes devient de plus en plus surchargé et compétitif, avec des activités qui se chevauchent dans plusieurs secteurs qui, dans le passé, relevaient traditionnellement du domaine de la santé. La période couverte par le présent rapport a commencé et s'est achevée par des catastrophes – quelques-unes accablantes, certaines, moins importantes, d'autres naturelles et une d'origine humaine. Il arrive très souvent qu'au fur et à mesure que la situation d'urgence s'aggrave, l'égalité de chances diminue de plus en plus, ce qui parfois provoque plus de compétition que de coordination.

2. En réponse à ces défis durant la période 2004-2005, le Secrétariat de l'Organisation panaméricaine de la santé (OPS) a travaillé conjointement avec les Etats membres, les partenaires, les réseaux et les alliés stratégiques. Nous nous sommes efforcés de faire de l'OPS un forum régional pour l'examen des questions de santé en invitant tous les secteurs de la société à y participer. Nous avons encouragé l'établissement de consensus, le règlement des conflits et la réalisation d'alliances en renforçant la solidarité continentale et globale et en favorisant la participation de nouveaux acteurs sociaux à la protection de la santé. Nous avons veillé à ce que les nouvelles dimensions de la santé soient prises en compte dans les processus d'intégration économique, sociale et politique de la région. Nous avons fait la promotion de l'importance critique que revêt le renforcement des systèmes de santé et nous avons encouragé de plus grands progrès en matière de fourniture d'accès aux services de santé sur les plans géographique, culturel et financier, ainsi qu'une expansion de la protection sociale. La réponse a été enthousiaste.

3. De nombreux pays sont engagés dans divers modèles et degrés de décentralisation, accordant une responsabilité croissante aux entités aux échelons sous-régional et local, alors qu'au niveau intermédiaire, une plus grande attention est prêtée à leur rôle en tant qu'organe de prise de décisions et de réglementation. En même temps, en vue de mieux relever les défis que pose la mondialisation, des pays délèguent des responsabilités à des organisations à l'échelle supranationale. Pour participer plus effectivement à ce processus, les pays de la région négocient un certain nombre d'accords commerciaux ou d'intégration aux échelons mondial, régional, sous régional et bilatéral.

4. De plus en plus, la question de la santé publique offre un forum qui permet de stimuler le dialogue national, régional et politique, de forger des consensus et de mettre au point des agendas collectifs. Par exemple, des progrès ont été réalisés qui ont permis de porter les questions du secteur de la santé au premier plan des discussions lors des

sommets et réunions des présidents de la région et on assiste à une augmentation du nombre de réunions régionales et sous-régionales des ministres de la santé avec d'autres secteurs comme l'environnement, l'agriculture, le travail et l'éducation. L'encouragement de consensus et l'adoption de stratégies communes caractérisent les efforts déployés pour réduire le taux de mortalité maternelle dans les Amériques et les réseaux sociaux ainsi que les approches communautaires novatrices sont utilisés effectivement pour réduire le taux de mortalité chez les enfants et les nourrissons. Des alliances multisectorielles ont été forgées pour améliorer la santé des populations autochtones, accroître l'accès à l'eau potable et à l'hygiène et lutter contre les maladies infectieuses. Des acteurs et des partenaires locaux ont été mobilisés en appui aux programmes d'immunisation et à la promotion de l'administration et de la gouvernance locales : communautés et municipalités saines et productives. Une action collective a été lancée dans le cadre de la lutte contre le SIDA, et en faveur de la prévention de la violence, en réponse à des catastrophes nationales et internationales et pour la prise en charge des questions de santé des populations frontalières à l'échelle sous-régionale.

5. Le Rapport ci-après met en relief les réalisations des Etats membres oeuvrant ensemble avec le Secrétariat de l'OPS, les partenaires et les alliés stratégiques pour la santé des populations des Amériques. La liste des réalisations pour la période 2004-2005 n'est pas du tout exclusive et cherche seulement à refléter la diversité et le succès des efforts déployés dans les trois domaines couverts par la coopération de l'OPS : la prise en charge d'un agenda incomplet, la protection des acquis en matière de santé et relever les nouveaux défis.

6. Vous trouverez ci-après des exemples illustrant comment nous avons accompli notre mission : orienter les efforts de collaboration de nos États membres dans la quête de valeurs d'équité et de panaméricanisme.

Engagement envers l'achèvement d'un programme inachevé

Consolidation d'un consensus en vue de réduire le taux de mortalité maternelle dans les Amériques

7. Dans la communauté globale, il existe une perception généralisée et un ferme engagement envers la prévention de décès inutiles de femmes durant la croissance et l'accouchement. L'Organisation panaméricaine de la santé (OPS) et ses partenaires ont mis au point des mécanismes qui favorisent une coordination et une collaboration étroite pour gérer la réduction du taux de mortalité maternelle en plaçant un accent particulier sur les pays qui accusent des ratios élevés de mortalité maternelle et des disparités substantielles à l'intérieur du pays. L'accord reflète une vision commune des modalités d'une gestion cohérente et unifiée des décès maternels en vue d'optimiser la coopération technique et la coopération au sein des pays et parmi les institutions.

8. Le Groupe de travail sur la réduction de la mortalité maternelle dont le secrétariat technique est l'OPS, comprend le Fonds des Nations Unies pour les activités en matière de population (FNUAP), le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID), la Banque interaméricaine de développement (BID), la Banque mondiale, le Conseil pour la population, et la Family Care International. Les objectifs spécifiques sont les suivants: créer un consensus en matière de stratégie de réduction de la mortalité maternelle; partager les données d'expériences recueillies aux échelons régional et dans le pays; rationaliser les ressources financières et techniques dans le pays; appuyer les pays dans les efforts qu'ils déploient pour réduire la mortalité maternelle. Les efforts du Groupe de travail ont fourni l'impulsion politique requise pour réduire le taux de mortalité maternelle; augmenter la promotion d'une mise en oeuvre effective des politiques, programmes et interventions et renforcer la coopération sud-sud, habilitant ainsi les pays à partager les données d'expérience tirées et à consolider les expériences fructueuses.

9. À l'échelle du pays, l'approche commune se focalise sur les initiatives de politiques et la mise en oeuvre de programmes. Une importante contribution du Groupe de travail à la programmation de la mise en oeuvre a été de transformer les politiques en activités programmatiques, - plans nationaux et locaux d'actions visant à assurer des interventions performantes, telles que les Services d'obstétrique d'urgence (SOU) et des services professionnels à la naissance, lesquels sont disponibles pour les femmes. Dix pays prioritaires disposent de Comités nationaux de coordination inter-institutions (CNCI) fonctionnels dirigés par les gouvernements qui remplissent un rôle substantiel en qualité de dirigeants d'équipes pour des efforts déployés entre les agences et les institutions. D'autres acteurs incluent les groupes de femmes, les organisations non gouvernementales, les organisations privées volontaires et des participants de la société civile ainsi que des représentants des secteurs de l'éducation, du travail, des questions concernant les femmes, et des secteurs autochtones entre autres.

10. La principale réalisation du Groupe de travail a été l'élaboration et le lancement du *Consensus stratégique interinstitutions pour l'Amérique latine et la Caraïbe* en février 2004 et le lancement d'un *Groupe régional de travail sur la réduction de la mortalité maternelle, dans le cadre du Consensus stratégique interinstitutions pour l'Amérique latine et la Caraïbe* à Washington, D.C. Jusqu'en 2005, dix pays prioritaires, la Bolivie, le Brésil, la Colombie, la République dominicaine, Équateur, El Salvador, Guatemala, Honduras, Panama, et Paraguay ont également actualisé ou mis à jour leur politique nationale de mortalité maternelle. La Bolivie, la République dominicaine, El Salvador, le Nicaragua et le Panama ont lancé leur propre version nationale d'un consensus stratégique de réduction du taux de mortalité maternelle, en faisant sien l'engagement national et interinstitutions, les services professionnels, la disponibilité de services essentiels de soins d'obstétrique de qualité, et l'amélioration des systèmes de surveillance

de la mortalité maternelle. L'OPS et ses partenaires continuent de fournir un appui spécial à Haïti en ce qui concerne l'élaboration et la mise en oeuvre de son plan d'action.

Initiative relative à la sécurité du sang

Durant l'année 2005, l'OPS a continué à travailler avec ses partenaires pour parvenir à atteindre l'objectif régional de disposer d'au moins 50 % de donneurs volontaires de sang dans chaque pays. Des coordinateurs nationaux chargés d'encourager les dons volontaires de sang ont été désignés par des pays latino-américains. Grâce à la coopération technique du *United Blood Services* situé à El Paso, Texas, ces personnes ont reçu une formation sur le terrain et de retour dans leur lieu d'origine, elles ont préparé des plans nationaux d'action devant être mis en oeuvre avec la participation d'acteurs et de partenaires locaux. Des instruments visant à former des agents locaux sont basés sur le système de module d'apprentissage à distance intitulé « Faire une différence » originellement produit par la Fédération internationale de la Croix Rouge et des sociétés du Croissant Rouge. Ces modules ont été traduits en espagnol et en portugais par l'OPS. Le matériel destiné aux écoliers et intitulé « Life Givers » a été mis au point en collaboration avec l'initiative des écoles saines et sont actuellement mis à l'épreuve. Les « Rotary Club » situés à Maryland, États-Unis, en Bolivie, en Colombie, à El Salvador, en Uruguay appuient également les programmes nationaux de collecte de sang dans les quatre pays précités. Le 14 juin, la *Journée mondiale du don de sang* a été célébrée pour la première fois; l'OPS a préparé des annonces de services publics ainsi que d'autres types de publicité en vue de rendre hommage à la contribution des donateurs volontaires de sang et de sensibiliser le public de la région.

11. À l'échelle nationale, au **Costa Rica** où la mortalité maternelle est demeurée constante durant les deux dernières décennies (soit 3.6 par 10 000 naissances vivantes) et où 85 % de ces décès peuvent être évités, une alliance nationale a été formée pour forger un consensus et coordonner les actions et les ressources entre les institutions gouvernementales et la société civile. Cette alliance nationale reflète l'engagement des décideurs, des administrateurs de programmes, des fournisseurs de soins de santé, des agents sociaux et des communautés envers une maternité saine et sûre en tant que droit fondamental et partant, un investissement économique et social important et indispensable. La stratégie fait partie de l'engagement national envers l'atteinte des Objectifs de développement du Millénaire et la promotion de la parité hommes-femmes ainsi que l'habilitation des femmes. Le lancement officiel de l'alliance nationale a eu lieu durant la *Journée mondiale de la santé pour 2005*; au nombre d'importants acteurs figurent plusieurs institutions et secteurs du Gouvernement, au nombre desquels il faut citer le Ministère de la santé, le Bureau du Président, le Ministère de l'éducation, l'Institution nationale de l'eau et de l'hygiène, et le Ministère aux affaires féminines. Plusieurs universités et centres d'enseignement supérieur, des associations professionnelles, des hôpitaux, des organisations féminines et religieuses et des institutions de coopération internationale font aussi partie de la coalition.

Mise en place d'une ligne de base pour la mortalité maternelle à El Salvador

À El Salvador, un Comité représentant diverses institutions et organisations partageant un intérêt aux questions sexuelles et de santé génésique a été formé. Le Groupe comprend l'OPS/l'OMS, l'USAID, Lux Development, le FNUAP, l'UNICEF, la Société démographique d'El Salvador, le Département du recensement et des statistiques, l'Institut de sécurité sociale, l'Association nationale d'obstétrique et de gynécologie et les municipalités nationales. La mise en commun des ressources financières parmi les institutions participantes a rendu possible l'établissement de la ligne de démarcation, une importante étape indispensable à l'atteinte des Objectifs de développement du Millénaire.

12. Le plan stratégique nationale du **Guatemala** pour la réduction de la mortalité maternelle est le fruit d'un groupe de travail interinstitutionnel qui appuie le plan national de santé génésique et est fondé sur la base de mortalité maternelle pour l'an 2000. Cette ligne de base a décrit la mortalité maternelle au Guatemala, son contexte, ses causes, sa localisation géographique et ses facteurs socioculturels. Sa portée et le degré de lacune d'enregistrement ont également été déterminés. Le Groupe de travail interinstitutions comprend l'OPS/l'OMS, l'USAID, le FNUAP, l'UNICEF, l'Association Pro-Familia (APROFAM), CIESAR et les organisations nationales de nature publique et privée oeuvrant dans les questions liées à la santé des femmes. Un deuxième groupe de travail a été formé chargé d'élaborer des protocoles et des modules de formation en matière de détection des risques. Les principaux avantages de l'alliance incluent ce qui suit: un engagement du secteur envers la réduction de la mortalité maternelle; une réponse nationale commune aux défis posés et notamment des stratégies communes et des critères normalisés; la mobilisation des ressources; une formation spécialisée et sans frais pour les professionnels des soins de santé.

13. Dans le cadre des efforts déployés pour atteindre les Objectifs de développement du Millénaire, le **Panama** identifié la réduction de la mortalité maternelle et infantile comme l'un des principaux éléments requis pour parvenir à l'équité et au développement national. En dépit des progrès réalisés en matière d'indicateurs sociaux et de santé durant les dernières décennies, les soins de base maternels et infantiles marquent encore le pas et ont besoin d'être remis sur les rails. À ces fins, la *Semaine de prévention de la mortalité maternelle et périnatale* a été lancée. Au nombre des éléments les plus saillants, figurait le lancement d'un consensus et d'un engagement à l'échelle nationale en vue de réduire la réduction du taux de mortalité maternelle et périnatale. Cet événement a réuni plus de 80 représentants d'organisations gouvernementales, sociales et communautaires.

L'Argentine: Santé sexuelle et procréation responsable en tant que priorité nationale

Le Programme national de santé sexuelle et de procréation responsable a été créé par la loi datant de 2002 et à titre de réponse au taux croissant de mortalité maternelle due à des grossesses involontaires aboutissant à un avortement, à la grossesse d'adolescents; à la propagation du VIH et à d'autres infections sexuellement transmissibles. Le programme se base sur le droit à la santé garanti par l'État, l'assurance d'un accès équitable aux soins primaires de santé sur demande, ainsi qu'un accès à l'information relative aux méthodes anticonceptionnelles les plus performantes et les plus sûres et à leur utilisation. Les droits à la santé incluent la santé sexuelle et la santé génésique ainsi que le droit de jouir de relations sexuelles sans coercition, sans crainte d'infection ou de grossesse involontaire, ainsi que le droit à une maternité sûre et à des enfants en santé.

La promulgation de la loi et le lancement du programme résultent d'un consensus entre les membres du parlement, les organisations non gouvernementales et la société en général; cet acte représente également une décision sans précédent en matière d'action gouvernementale visant à réduire la mortalité maternelle et infantile. Le programme cherche à réduire le taux de mortalité maternelle, de grossesse des adolescents, ainsi que le nombre d'avortements. Il encourage la planification familiale et les services consultatifs gratuits en matière de santé sexuelle et de procréation responsable pour toutes les femmes. Le programme encourage également une coordination intra et intersectorielle en relation avec le VIH/SIDA et les infections sexuellement transmissibles, les questions de parité hommes-femmes et avec les Ministères de l'éducation, de la jeunesse et des questions féminines, entre autres. Le programme encourage également des alliances avec les universités et des organisations féminines et communautaires. Le programme porte profit actuellement à plus de 1.5 million de femmes réparties dans 24 provinces. Soixante cinq pour cent des fournisseurs publics de santé offrent des renseignements, des services de consultation gratuite et des méthodes anticonceptionnelles.

Réseaux sociaux et prévention de la mortalité infantile

14. La période 2004-2005 s'est révélée très importante pour l'avancement du programme international de santé publique mis au point pour affronter la question de la mortalité néonatale dans la région de l'Amérique latine et la Caraïbe. Les taux de mortalité néonatale sont demeurés presque inchangés durant les 10 dernières années et il existe un consensus croissant en vue d'avoir un impact sur les taux de mortalité infantile, particulièrement dans le cadre des Objectifs de développement du Millénaire, il est essentiel de réduire le taux de mortalité néonatale. L'OPS, l'USAID, BASICS, Saving newborn Lives et le Groupe CORE sont des institutions qui ont organisé une réunion régionale pour discuter de réponses communautaire à la question des soins des nouveaux-nés. La réunion, qui comprenait la participation de délégués de 8 pays ainsi que des membres d'associations professionnelles, a débouché sur une série de recommandations soumises à travers la Déclaration de Tegucigalpa, qui appelle à un engagement régional plus poussé envers les soins des nouveaux-nés et au déploiement d'efforts soutenus pour une meilleure intégration aux échelons du service et de la communauté. De surcroît, les participants ont recommandé la mise en place d'une stratégie régionale de santé néonatale, qui pourrait aider les pays à favoriser un plus engagement politique et

financier, à mobiliser des ressources avec les institutions internationales de coopération et à améliorer la coordination de plusieurs partenariats à l'échelle nationale.

15. Cette stratégie est actuellement en cours de collaboration, en collaboration avec plusieurs partenaires concernés et elle devrait fournir une marche à suivre pour la défense et les efforts d'abus techniques ainsi que les activités à entreprendre durant les trois prochaines années. La Journée mondiale de la santé et le Rapport mondial sur la santé, qui se sont focalisés sur la santé des mères et des enfants, ont également offert une grande occasion de mobilisation des acteurs clés pour faire avancer les questions de santé néonatale.

Ouvrer ensemble à l'échelle communautaire

Le partenariat entre la Croix Rouge américaine (CRA), la Fondation des Nations Unies (FNU) et l'OPS optimisent l'avantage offert par la structure administrative de la Croix Rouge, son réseau et sa nature volontaire, tout en renforçant des liens durables avec les plans gouvernementaux nationaux de santé infantile dans chaque pays. Le partenariat accroît la capacité de l'OPS et les Ministères de la santé de mener des activités de gestion intégrée des maladies infantiles (GIMI) axée sur la famille et la communauté à travers des organisations non gouvernementales et la société civile, ce qui empêche des décès en focalisant des interventions dans les zones locales des pays où les taux de mortalité infantile dépassent 40 naissances vivantes par milliers d'habitants.

Le partenariat encourage le recours aux *Pratiques familiales clés* de l'OMS/UNICEF pour la prévention de maladies infantiles communes en tant qu'interventions principales visant à encourager des comportements sains aux échelons de la famille et de la communauté. Le *Mouvement de la Croix Rouge* offre une excellente occasion de renforcer les activités communautaires et d'encourager l'équité dans la région des Amériques. Au mois de décembre 2004, 30 projets communautaires basées sur la GIMI dans dix pays étaient en cours d'exécution et des plans d'expansion de la stratégie GIMI étaient prévus dans neuf pays.

16. L'alimentation adéquate des enfants et des jeunes bébés s'avère d'une importance critique pour la survie de l'enfant et le développement de famille solide. Des interventions visant à optimiser l'allaitement naturel et les pratiques d'alimentation complémentaire constituent deux des trois interventions préventives les plus efficaces disponibles pour prévenir la mortalité infantile. Ces interventions s'avèrent aussi essentielles à l'atteinte des Objectifs de développement du Millénaire en ce qui concerne la survie des enfants, l'élimination de la famine, la prévention du VIH/SIDA et la réalisation des objectifs éducatifs. En vue de focaliser l'attention du monde sur l'impact des principes d'alimentation sur la survie des enfants et des jeunes adolescents, l'OMS et l'UNICEF ont conjointement élaboré la *Stratégie globale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant*. Cette stratégie a été appuyée par les États membres lors de

la 55e Assemblée mondiale de la santé tenue en mai 2002. De surcroît, l'OMS a récemment achevé une étude multidisciplinaire de référence sur la croissance et a mis au point de nouvelles normes internationales de croissance, basée sur l'allaitement naturel des enfants vivant dans des conditions optimales.

Renforcement du réseau de soins de santé fondé sur la foi en vue d'atteindre les Objectifs de développement du Millénaire

Le Conseil d'administration de la Mission médicale catholique (CMMB), la Fondation Bristol-Myers Squibb (BMSF) et l'OPS ont conjugué leurs efforts pour mettre en oeuvre les trois composantes de la stratégie de gestion intégrée des maladies infantiles (GIMI) (renforcement des services de santé, amélioration des aptitudes du personnel de santé et promotion de pratiques familiales et communautaires en matière de santé), en vue de fournir des médicaments essentiels et de promouvoir la prévention de la transmission de la mère à l'enfant du VIH/sida (PFDCD) dans cinq pays (la République dominicaine, El Salvador, Honduras, Nicaragua et Haïti).

Le partenariat renforçant la capacité de réseaux catholiques de soins de santé et le Ministère de la santé à mettre en oeuvre ses activités, à tirer avantage du vaste réseau d'organisation catholique fondé sur la foi comme *Caritas* et *Pastoral del Nino*, dans les pays participants, et à encourager les efforts visant à réduire les taux de mortalité et à améliorer les conditions générales de santé des enfants.

Cinq projets de pays sont en cours avec l'aide de réseau catholique de soins de santé et des Ministères de la santé dans 36 diocèses, 292 sites communautaires et 468 installations de santé. Le nombre total de bénéficiaires du partenariat a augmenté à 6, 257, 667, dont 938,649 sont des enfants âgés de moins de cinq ans. Une formation technique approfondie de facilitateurs de cours et de participation est en cours dans les domaines du GIIMI, de VIH/sida et de médicaments essentiels. À cette date, près de 1,400 personnes ont été formées (plus de 994 comparativement à la dernière période d'établissement de rapport). Les médicaments essentiels, les fournitures et les médicaments anti-rétroviraux dans le cadre de la stratégie GIMI ont été acquis grâce au recours à des fonds CMMB en espèces et ont été livrés dans tous les pays. Cette procédure fait suite aux politiques nationales du Ministère de la santé en matière de médicaments, aux normes et règlements gouvernementaux et aux directives et procédures de l'OPS/OMS.

17. À l'échelon national, la Gestion intégrée des maladies infantiles (GIMI) a été introduite dans les Amériques au **Pérou** en 1996. Avec l'ajout subséquent d'une composante communautaire, la mise en oeuvre de la GIMI a été grandement élargie pour inclure les organisations non gouvernementales se consacrant à la santé et à d'autres institutions au-delà du secteur de la santé. Citons à cet égard les institutions nationales et les institutions internationales de coopération comme l'OPS/l'OMS et l'UNICEF, ainsi que les institutions donateurs de nature bilatérale comme l'USAID, le CIDA, la Banque mondiale et la BID. La GIMI jouit également de l'appui de l'organisation professionnelle comme la Société américaine de pédiatrie, la Société latino-américaine de pédiatrie, la Société péruvienne de pédiatrie, l'Association péruvienne de pédiatrie, les Associations

péruviennes de médecins, infirmières et de pédiatres, les organisations de développement des ressources humaines telles que les écoles médicales publiques et privées et les écoles d'infirmières, de nature publique et privée. L'appui généralisé dont jouit la GIMI au Pérou a débouché sur la mise en place d'un groupe de travail interinstitutionnel et sur la santé infantile sous la direction du Ministère de la santé et de la Croix Rouge péruvienne. Son but principal est de donner la priorité à la politique gouvernementale en matière de santé infantile aux échelons national, régional et local pour réduire la mortalité et la morbidité infantile en mettant l'accent sur les étapes périnatales et néonatales. Ses principales réalisations ont été l'incorporation en juillet 2005 de la GIMI et dans le cadre d'un modèle de soins de santé globale.

Mères et enfants en santé
Une campagne multimédia et multi partenaires au Suriname

Le thème du Jour de la santé pour 2005 qui est le suivant « Mères et enfants en santé: Chaque mère et chaque enfant compte » s'avère très pertinent pour le Suriname où les taux de mortalité maternelle et périnatale sont relativement élevés. Au nombre des raisons à la base de ces taux élevés figurent les femmes enceintes qui ne reçoivent pas toujours des soins prénatals à temps. Il est courant pour les femmes de payer leur première visite à la clinique et durant le dernier mois de leur grossesse.

La campagne médiatique ne s'est pas focalisée seulement sur les femmes enceintes elles-mêmes, mais aussi sur leur partenaire, leur famille et leurs amis. Le message clé de cette campagne a été une responsabilité commune pour une grossesse et une livraison sûre – un investissement commun pour la richesse de la nation: Des mères saines, des enfants sains. Pour faire appel à la responsabilité des partenaires, le nouveau concept connu sous le titre de « Nous sommes enceintes » a été introduit pour attirer l'attention de la société toute entière, le slogan a été traduit et adapté dans la langue du Suriname: Gesontu Mama, Gesontu Pikin: Sranan Gudu » (Mères saines, enfants sains: La santé au Suriname).

Une « foire de santé intitulée la Mère et l'Enfant a été tenue les 7 et 8 avril avec la participation de 16 organisations gouvernementales et non gouvernementales dans le domaine de la santé; cette foire a offert des renseignements sur les styles de vie en matière de santé, des habitudes saines d'alimentation, l'importance de soins et d'un bon équilibre physique et mental pour la future mère et l'enfant non encore né. Une mention spéciale devait être faite de la participation de Man-mit-Man, une organisation non gouvernementale fondée sur la foi, et à laquelle se focalise sur les hommes et leur comportement responsable envers la société en général et vers les femmes en particulier.

Santé des populations autochtones et l'accès à l'eau et à l'hygiène

18. Dans une perspective globale, la santé des populations autochtones a acquis une nouvelle importance, comme l'illustre l'évaluation entreprise dans le cadre des activités marquant la fin de la *Décennie internationale des populations autochtones du monde*. L'évaluation montre de nombreuses politiques publiques et multiculturelles ainsi que des expériences enregistrées dans la région. Par exemple, les 20 pays qui ont participé à l'évaluation régionale disposent de politiques publiques qui appuient le bien-être des populations autochtones; 95 pour cent disposent d'unités techniques chargées de leur santé au niveau ministériel, 60 pour cent disposent d'unités techniques dans d'autres ministères et trois pays disposent d'autres services au sein du Cabinet du Président. Quatre-vingt quinze pour cent ont rapporté l'existence de projets nationaux et 80 pour cent des réseaux locaux qui traitent de questions autochtones. Soixante-quinze pour cent des pays ont rapporté l'incorporation de la médecine de pratique traditionnelle dans le système national de santé et la multiplicité d'institutions de financement oeuvrant dans

ces domaines montre également un haut degré d'intérêt de la part des donateurs. Bien que des progrès substantiels aient été réalisés, l'évaluation a également mis à jour des faits troublants. Trente pour cent seulement des pays participants disposent de programmes de recherche et 25 pour cent seulement offrent des bourses aux étudiants autochtones. De surcroît, 50 pour cent seulement des pays rapportent des activités liées au développement de systèmes d'information en vue du suivi et de l'évaluation des conditions de santé qui incluent des groupes ethniques. Le manque de coordination dans le pays a également été identifié comme motif de l'absence d'éducation multiculturelle en général spécialement parmi les équipes de santé. Ces résultats ont été incorporés dans le Programme d'action 2005-2007 qui se focalise sur l'atteinte des Objectifs de développement du Millénaire et le renouvellement des soins primaires de santé.

19. Les Objectifs de développement du Millénaire représentent un engagement par la communauté internationale dans la lutte contre la pauvreté et la recherche d'une réponse à des problèmes qui affectent le développement humain. Ils incluent la réduction de moitié d'ici l'année 2015 du pourcentage de personnes dépourvues d'un accès durable à l'eau potable et à l'hygiène. Dans les pays de la région, il n'est pas difficile de voir comment les conditions de santé et de vie des peuples autochtones sont étroitement liées à la pauvreté absolue et au manque d'accès à l'eau potable et à l'hygiène. Les maladies hydriques et d'autres natures sont liées au manque d'eau et d'hygiène et ces problèmes figurent au nombre des principales causes de mortalité maternelle et infantile. C'est pourquoi, dans le cadre du programme, l'OPS, en partenariat avec le GTZ, une institution allemande de coopération technique, a élaboré un projet visant à améliorer les conditions environnementales des communautés autochtones, qui mettent l'accent sur la qualité de l'eau destinée à la consommation humaine, à l'évacuation et au traitement des déchets solides et à l'amélioration des pratiques hygiéniques.

Éradication du trachome parmi les communautés autochtones de Chiapas, Mexique

L'éradication du trachome parmi les communautés autochtones constitue une priorité clé pour le Secrétaire à la Santé de Chiapas; à son stade avancé, cette maladie peut causer la cécité chez les hommes, les femmes et les enfants. Le Secrétaire, en partenariat avec le CEPIS, le GTZ, les autorités locales, les institutions gouvernementales (santé, eau et hygiène, questions autochtones) et les communautés autochtones elles-mêmes, ont lancé un projet d'eau potable et de sanitation visant à réduire la prévalence du trachome dans la municipalité de San Juan Cancuc. au nombre des avantages du projet figurent les suivants : construction d'une pipeline d'eau, l'hygiène de base, la construction de latrines et l'éducation sanitaire dans six localités de San Juan Cancuc; toutes ces gens sont habitées par le groupe ethnique Tzeltal. La pipeline d'eau couvre une zone d'environ 20 kilomètres et fournit l'accès à l'eau potable à 4.000 personnes.

20. À l'échelon national, en 2004, au **Chili**, le Ministère de la santé et l'École de santé publique de l'Université du Chili ont conclu un accord pour mettre au point un

profile épidémiologique des populations Mapuche et Aymara. Des ateliers ont été organisés dans le nord et le sud du Chili avec la participation de représentants des groupes autochtones, des fournisseurs de soins de santé, d'universitaires de plusieurs universités. Des représentants des échelons national, régional et local du Gouvernement du Chili étaient également présents. Des progrès ont été réalisés dans la définition de plusieurs variantes épidémiologiques et dans l'analyse de modèles de soins de santé pour les populations autochtones. Au nombre d'autres avantages figuraient un accord mutuel entre les fournisseurs de soins de santé et praticiens de la médecine traditionnelle en tenant compte des valeurs culturelles de chacun, notamment la reconnaissance par le monde universitaire du besoins d'adapter les programmes d'études à l'intention des médecins, des infirmières et dans les études liées à la santé, en fonction des besoins interculturels. Une alliance stratégique a été créée entre les participants pour continuer et développer ces sujets davantage.

21. Le **Panama** a également mis en route un projet de développement de la santé des populations autochtones en réponse aux enjeux qui se posent dans l'atteinte des Objectifs de développement du Millénaire. Le principal objectif du projet a été de lancer un processus de développement global à travers des approches innovatrices et devant être conçu par chaque groupe ethnique. Le projet cherche à impulser, à diriger et à coordonner tous les efforts visant à améliorer la santé des peuples autochtones au moyen d'une approche interculturelle au sein du PCH; spécifiquement le projet et la reprise de développement de la médecine traditionnelle et la promotion de recherche à réduire le taux de mortalité et de morbidité dans les régions occupées par les populations autochtones. L'initiative comprend trois composantes: le renforcement institutionnel, le développement d'une stratégie de santé primaire à la lumière de critères interculturels et la reprise et le développement de la médecine traditionnelle et de la promotion de son utilisation.

Progrès enregistrés dans le contrôle de la maladie de Chagas et d'autres maladies négligées

22. Les travaux régionaux de l'OPS en matière de prévention et de contrôle de la maladie de Chagas sont décentralisés et basés en Uruguay. La focalisation de sa coopération technique consiste à forger des alliances à l'échelle sous-régionale entre les pays. Ainsi, des commissions intergouvernementales ou des initiatives sous-régionales rassemblant des représentants de programmes nationaux et d'institutions travaillant à l'éradication de la maladie de Chagas sont appuyées par l'OPS aux échelles régionale et sous-régionale ; *L'Initiative du Cone Sud* (Argentine, Bolivie, Brésil, Chili, Paraguay et Uruguay) établie en 1991; *L'Initiative Centraméricaine* (Belize, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua et Panama) établie en 1997; *L'Initiative des pays andins* (Colombie, Équateur, Pérou, Venezuela) établie en 1998; *L'Initiative des Amazonies pour la surveillance et le contrôle* (Bolivie, Brésil, Colombie, Équateur,

Guyane française, Guyana, Pérou, Suriname, Venezuela) établie en 2004; et le Mexique établie en 2003.

23. Les initiatives sous-régionales encouragent activement la coopération technique entre tous les pays dans le cadre des agenda et forums politiques sous-régionaux. Ces initiatives sous-régionales ont permis le développement d'une coopération bilatérale et multilatérale ainsi que des échanges techniques entre les institutions nationales et internationales de financement, à savoir: l'institution de Recherches sur les maladies tropicales, l'Agence japonaise pour la coopération internationale (JICA), l'Agence canadienne pour le développement internationale (CIDA), Médecins sans frontière, la Banque interaméricaine de développement (BID), les activités d'intervention dans la maladie du Chagas/Communauté européenne (CDIA/EC), la Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes (CEPALC), et d'autres. Bien que des progrès substantiels aient été réalisés, il reste encore beaucoup à faire notamment en ce qui concerne les soins et le traitement de ceux qui sont déjà frappés par cette maladie.

24. En Amérique centrale, l'initiative a été lancée lors de la 23^e Réunion de RESSCAD (la Réunion du secteur de la santé en Amérique centrale) en 1997. Lors de réunions tenues en 2004 avec des représentants du programme de contrôle de la maladie de Chagas et du Programme de banques de données du Honduras et d'El Salvador, il a été décidé de mettre au point un programme de coopération technique pour 2004-2005 sur le contrôle du vecteur et la surveillance épidémiologique. Dans le cadre de cette initiative, une équipe d'experts internationaux a évalué les programmes nationaux avec les représentants de l'OPS et du JICA.

25. À l'échelle nationale, au **Guatemala**, le Ministère de la santé a lancé des programmes de contrôle des vecteurs dans cinq locations prioritaires, sur la base de critères élaborés conjointement avec une l'Université de San Carlos et l'Unité médicale de recherche de formation en entomologie du Guatemala (MERTUG) du CDC.

26. Avec l'appui de l'OPS/OMS, le **Honduras** a préparé un plan avec la participation du Ministère de la santé, d'autres ministères, de la société civile, d'autorités locales gouvernementales et d'institutions internationales de coopération. Le plan couvre les priorités nationales en offrant une réponse concertée et de plus grande envergure incluant les nombreux acteurs qui ont participé à sa formulation. Le processus a abouti à la mise en place de mécanismes partagés de coordination, assorti d'un comité de coordination technique, d'évaluation commune biannuelle aux échelons national et sous-national et de plans communs de passation de marché. À l'échelon local, il inclut aussi des contrôles intégrés directeurs, d'évaluation sérologique, d'un traitement et d'une surveillance.

La Déclaration de Houston émise lors de la Conférence continentale sur l'éradication de la fièvre aphteuse réalisée aux États-Unis d'Amérique en mars 2004 a mis en relief l'engagement officiel des échelons politiques techniques et du secteur privé d'atteindre l'objectif d'éradication de la fièvre aphteuse dans le Continent américain. C'est pour donner suite à cet engagement qu'a été créé le Groupe interaméricain pour l'éradication de la fièvre aphteuse (GIEFA), dont le secrétariat technique est le PANAFTOSA. Le mandat du GIEFA comprend l'élaboration, la mise en place, la supervision et l'exécution du Plan d'action 2005-2009 du Programme continental d'éradication de la fièvre aphteuse (PHEFA). Dans le cadre du PHEFA, il a été mis sur pied une *Organisation de la société civile d'intérêt public* (OSCIP), qui a commencé à fonctionner au Brésil. Le groupe étendra ses activités à d'autres pays de la région selon les besoins.

Plan de lutte contre la fièvre jaune au Pérou

En 2004, l'identification et la délimitation des zones à partir desquelles les populations migrantes se rendent dans des zones exposées à la fièvre jaune au Pérou ont motivé et rendu possible la mise en oeuvre d'une campagne de vaccination massive d'adultes de la population migrante dans leurs zones d'origine. Cette stratégie novatrice et hautement efficace se déroule dans le cadre de la Stratégie nationale d'immunisations à laquelle participent plusieurs services du Ministère de la santé. La coopération technique et les ressources sont assurées par le Comité de coordination interinstitutions et le Gouvernement du Brésil qui a fait un don de près de 4 millions de doses de vaccins.

Réseau amazonien pour la surveillance de la résistance aux médicaments antimalariques – Initiative amazonienne antimalarique

Le Réseau amazonien de surveillance de la résistance aux médicaments antimalariques (RAVREDA) a été créé en 2001 dans le cadre du Partenariat pour mettre un frein au paludisme, grâce au financement de l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID). L'objectif de la RAVREDA est de conjuguer les efforts face à la problématique de la résistance au traitement de la malaria dans la zone amazonienne en Bolivie, au Brésil, en Colombie, en Équateur, au Guyana, au Pérou, au Suriname et au Venezuela. L'OPS intervient dans la mise en oeuvre des actions avec ses homologues oeuvrant dans les programmes de lutte contre la malaria. L'USAID fournit un appui technique direct sur le terrain, avec l'assistance technique des centres de contrôle et de prévention des maladies aux États-Unis et d'un réseau d'institutions, d'universités et d'organisations non gouvernementales. Ces efforts communs de recherche et d'action ont porté des fruits. L'impact le plus important du Réseau sur la région, réalisé dans une très courte période de temps, s'est traduit par les changements obtenus dans l'examen de première ligne du *P. Falciparum* dans 7 des 8 pays de l'Organisation du Traité de coopération amazonien (OCTA). Le Brésil procède actuellement au choix du traitement combiné basé sur l'artémisinine devant être utilisé dans ce pays.

Alimentation et sécurité alimentaire dans la lutte contre la pauvreté

27. Dans le contexte de la réforme et de la modernisation du secteur de la santé, **El Salvador** encourage un jeu d'initiatives visant à appuyer la disponibilité de produits alimentaires, l'accès à ceux-ci et la consommation par les municipalités les plus pauvres ou dans les régions affectées par les catastrophes naturelles, appuyant ainsi la décentralisation des soins de base de santé comme partie d'un système intégré de santé de base (acronyme en espagnol SIBASI). Le processus de sélection de bénéficiaires est une approche intersectorielle réalisée à travers la participation d'organisations non gouvernementales, des maires, de l'église, des autorités locales de santé. Le SIBASI qui gère le programme; ainsi que d'autres institutions locales. Les critères de sélection incluent les facteurs suivants: une haute prévalence de malnutrition ou de malnutrition aiguë; une demande et un fort appui à des projets locaux de développement et la viabilité technique de projets de production et agro-industriels. Les interventions de programmes sont basées sur l'approche commune de planification entre les communautés et les acteurs locaux, qui à leur tour se fondent sur une évaluation de la participation locale incluant la sécurité alimentaire et les risques de nutrition pour les communautés concernées. Les activités des programmes sont basées sur des critères appropriés de technologie et incluent: des vergers domestiques, la production de pain utilisant une farine améliorée sur le plan nutritionnel, la production et la vente de céréales essentielles et la préparation de denrées alimentaires destinées à la consommation locale.

28. Au **Costa Rica**, le principal objectif du modèle de nutrition et de sécurité alimentaire à l'échelle locale consiste à contribuer au développement global de familles à faible revenu vivant dans les communautés qui sont démunies. Il appuie les activités locales visant à travailler ensemble avec les organisations publiques et privées, les organisations locales, et les institutions internationales. Le programme réunit les acteurs locaux et forment un comité de nutrition et de sécurité alimentaire. Le comité local est responsable de la réalisation d'une évaluation appelée à servir de base à un plan d'action. Le plan est ensuite validé plus tard auprès des membres de la communauté et est ensuite transformé en projet de production par les institutions participatives. Celles-ci incluent: le Ministère de l'agriculture, de l'éducation et de l'environnement, World Vision, l'Institut interaméricaine de sciences agricoles, la FAO, les programmes des Nations Unies et les ambassades du Canada et de l'Allemagne. Le programme bénéficie également de l'appui technique de l'INCAP. À ce jour, au nombre des réalisations figure une mobilisation globale des ressources aux échelles nationale, locale et communautaire et la mise en place d'une coalition intersectorielle. Le programme porte profit à des familles pauvres qui sont maintenant insérées dans leur économie.

Focalisation sur la protection des réalisations en matière de la santé

Mobilisation en vue d'une couverture durable de l'immunisation

29. *La Semaine de la vaccination dans les Amériques*, une initiative qui a commencé dans la région Andine il y a deux ans, embrasse maintenant 19 pays et suite à cette initiative, 15 millions de personnes ont été vaccinées. Tous les Ministères de la santé des Amériques ont appuyé l'initiative et ont accepté de s'y joindre. L'initiative régionale se focalise sur les enfants normalement et régulièrement ignorés; ceux qui vivent dans les régions frontalières, les peuples autochtones, les groupes vulnérables, notamment les femmes en âge d'avoir des enfants et les personnes âgées. En 2004, les pays d'Amérique du Sud et d'Amérique centrale, le Mexique et la Caraïbe ont vacciné 43.7 millions de personnes, surtout des enfants. Plus de 3 millions d'enfants âgés de plus d'un an avaient été précédemment immunisés avec le vaccin DPT/Penta. Environ 1.5 million de femmes en âge d'avoir des enfants et qui vivent dans des municipalités à risque de tétanos néonatal, avaient été également immunisées. L'accent a été placé sur les communautés autochtones et plus de 12 millions de personnes âgées de plus de 60 ans ont été également immunisées contre l'influenza.

30. La participation de plusieurs partenaires et alliés stratégiques ont fait de ces efforts un succès. Parmi ceux-ci il faut citer les Ministères de la santé des États membres, les Gouvernements du Canada et des États-Unis, les CDC, la Croix Rouge internationale, l'UNICEF, l'Agence de coopération espagnole, l'USAID, le CIDA, l'Institut de vaccin Sabin, la March of Dimes, le Rotary International, la Banque mondiale, la BID, Head Start, des organisations non gouvernementales et la presse nationale. De surcroît, il existe un ferme support politique à l'échelle nationale comme en témoigne la participation de cinq présidents, des premières dames et de nombreux ministres de la santé ainsi que des représentants locaux d'organisations internationales durant le lancement des activités. *La Semaine de la vaccination dans les Amériques* a clairement contribué à une réduction des inégalités en matière de vaccination et a focalisé l'attention nationale sur les groupes les plus vulnérables et ceux qui disposent le moins d'accès aux services de santé. La durabilité des projets d'immunisation dans l'agenda politique régional consolidera cette approche à titre de bien régional pour le public.

31. À l'échelle nationale, dans plusieurs cas, d'autres interventions effectives en matière de santé ont été ajoutées. Quelques certains pays ont fourni la vitamine A et des parasitocides aux enfants, de l'acide folique aux femmes enceintes; ont mené des examens de la rétine et ont diffusé des informations de santé. D'autres pays ont lancé des campagnes sans précédent pour éliminer la rougeole et le syndrome de la rougeole congénital. Pour 2005, l'objectif est d'immuniser par 3 millions de personnes et des données préliminaires que des pays comme Cuba, la République dominicaine, le Panama et la Paraguay ont déjà atteint ou dépassé les objectifs nationaux. La Colombie a pu

parvenir, durant la première phase, à atteindre l'objectif pour la fièvre jaune. Le Guatemala a introduit des vaccins pentavalents et pour la première fois et a immunisé 55.000 enfants au moyen d'une seule piqûre. De même, le Paraguay a complété sa campagne nationale pour éliminer la rougeole et le syndrome de rougeole congénital; cette campagne a été appuyée par un Décret présidentiel. En dépit des troubles politiques et sociaux, la Bolivie, le Nicaragua et l'Équateur ont également été en mesure de mener des activités de vaccination.

SEMAINE DE LA VACCINATION EN BOLIVIE

Depuis le début de 2003, la Bolivie s'est jointe à l'initiative des ministres de la santé de la région pour établir la semaine de la vaccination dans les Amériques. L'évolution graduelle des couvertures de vaccination dans le pays a permis l'éradication de la poliomyélite et aucun cas de rougeole n'a été confirmé depuis l'an 2000; de même, la Bolivie a pu diminuer l'incidence de la diphtérie, du tétanos, de la coqueluche et d'autres maladies résistantes. En dépit des ses efforts, il existe encore des régions de faible couverture de vaccination dans certaines municipalités du pays et cette situation met en danger les progrès mentionnés. Un autre problème de santé publique important est la fièvre jaune, dont les poussées annuelles sont enregistrées parmi des groupes spécifiques de populations.

L'es efforts d'immunisation ont bénéficié du large support des autorités politiques et sanitaires, d'organismes de coopération et des diverses organisations non gouvernementales.

En vue de garantir la continuité de la campagne et d'empêcher toute opposition sociale, en 2005, ont été signés des accords entre les autorités de la santé et les organisations les plus importantes de la communauté, comme la Confédération syndicale unique des paysans de la Bolivie (CSUTCB), la Confédération des indigènes de l'est de la Bolivie (CIDOB) et autres. De même en 2005, on a pu atteindre 82,5% de l'objectif de vaccination grâce à un vaccin pentavalent et un vaccin anti-poliomyélite. Avec les vaccins contre la rougeole, la rubéole et la parotidite (SRP), on a pu atteindre les 59% de l'objectif. 380 258 personnes ont été immunisées par le vaccin contre la fièvre jaune.

Il est évident que grâce à la Semaine de la vaccination dans les Amériques, la question de la vaccination a été portée à l'ordre du jour des autorités politiques et sanitaires à travers le pays.

32. **Le Paraguay** s'est joint aux efforts régionaux visant à éliminer la rougeole en campagne de vaccination de 3.5 millions de personnes âgées de 5 à 39 ans (65 % de la population). En sus de la mobilisation des autorités nationales de santé et des institutions de santé, une alliance stratégique a été forgée pour inclure les administrations nationales, départementales et locales ainsi que la société civile. Le secteur privé, les universités et les instituts de recherche se sont également joints à ces initiatives. Le Paraguay a enregistré un grand succès en obtenant une couverture de 99 % en raison de ce partenariat national qui a été également appuyé par la police nationale, les enseignants et

les autorités chargées de l'enseignement. Les travailleurs des compagnies d'électricité, de téléphone et de l'eau potable ont diffusé du matériel d'information et des étudiants en médecine et des écoles d'infirmières ont été formés à l'administration de vaccin et à l'enregistrement de ceux qui avaient été immunisés.

TRANSPARENCE ET MEILLEURS PRIX POUR LE PROGRAMME ÉLARGI DE VACCINATION (PEV) EN COLOMBIE

Le Ministère de la protection sociale (MPS) et l'Institut national de la santé (INS) de la Colombie ont recours au mécanisme d'achat créé par le Fonds de roulement pour l'acquisition des vaccins depuis la décennie 1990. Avec des achats d'un montant moyen de EU\$ 15 à EU\$ 26 millions, la Colombie est l'un des trois grands acheteurs de la région (avec l'Argentine et le Brésil), recourant au Fonds de roulement. Ces achats qui sont effectués au moyen d'accords entre les MPS et l'INS se focalisent sur l'acquisition de produits biologiques utilisés dans le programme national d'immunisation des enfants et des adultes à haut risque. -à savoir les femmes d'âge fertile et toute la population qui réside dans les zones endémiques de fièvre jaune-Le Gouvernement a récemment signé un accord de prêt crédit avec la Banque interaméricaine (BID) aux termes duquel plus de EU\$ 127 millions seront affectés à l'achat de vaccins pendant la période 2005-2008. La BID a accepté l'achat des produits biologiques à travers le Fonds de roulement en raison de la transparence de ses mécanismes d'achat, l'opportunité de l'acquisition par les pays, la qualité des produits et les prix hautement préférentiels obtenus grâce aux économies d'échelle découlant d'un achat en masse à travers le Fonds par tous les pays.

La Colombie a pleinement bénéficié de l'achat de ces produits biologiques à travers le Fonds de roulement en termes de : prix accessibles, fiabilité, de livraison ponctuelle, d'achat de produits biologiques de qualité reconnue et vérifiable, de transparence des procédures d'achat, d'appui à des situations d'urgence (poussée de rougeole et fièvre jaune), d'acquisition de produits biologiques combinés à des prix raisonnables (vaccins pentavalents et influenza) et de réduction de la bureaucratie dans les appels d'offre, entre autres avantages.

33. Le Ministère de la santé du **Guatemala** a décidé d'introduire le vaccin pentavalent, mais a affronté des difficultés financières durant la phase d'introduction. Une coalition a été mise sur pied et les Gouvernements de la Finlande et de la Suède ont décidé de prêter leur assistance. D'autres institutions ont réaffecté des ressources de leurs présents programmes, notamment l'USAID, l'UNICEF, le Plan international et l'Organisation Quality in Health. Un comité de coordination interinstitutions a été créé et à partir de cette initiative pour mobiliser les ressources et élargir la couverture d'immunisation pour inclure l'éradication de la rougeole et du syndrome de rougeole congénitale. Il est entendu que le Gouvernement assurera le financement intégral du programme l'année prochaine.

Administration et gouvernance locales : municipalités et communautés saines

34. La stratégie de municipalités et de communautés saines cherche à forger des alliances entre les autorités locales, les membres des communautés et d'autres secteurs. Trente sept pour cent des États membres ont mis sur pied des comités intersectoriels locaux et nationaux et 22 % des pays de la région ont élaboré une vision commune et des plans intersectoriels assortis de responsabilités partagées. Plus de 30 % ont incorporé des indicateurs pour évaluer les conditions de vie dans le cadre de leurs systèmes d'information; au moins 7 pays ont formé des équipes locales en application de méthodologies participatives.

35. À l'échelle nationale, en **Uruguay**, les Ministères de la santé et de l'agriculture ont convenu que le développement devrait représenter le principal objectif des petites communautés rurales et un projet de production et de municipalités saines a été lancé. Le projet englobe des interventions de soins de santé accompagnées de création d'emploi et d'autres activités de production focalisées sur des initiatives communautaires.

36. En **Bolivie**, le Concept de communautés productives et saines a été lancé en 2004 et a été un facteur contribuant à un accroissement des revenus des petites communautés et à la prévention de la migration interne et de la pauvreté. Par exemple, dans la communauté de Chacaltaya, au nombre des avantages figuraient la culture de la truite, le chauffage solaire, et la production de viande de llama, des pharmacies communautaires et le chauffage de l'eau.

37. Au **Brésil**, le projet *Rede de Municípios Potencialmente Saudáveis* (RMPS) représente un partenariat entre universités, le Département des affaires communautaires, des organisations non gouvernementales et plusieurs institutions de recherche. Le réseau a été lancé en mai 2005 et cherche à tirer avantage des leçons apprises et de l'échange de meilleures pratiques en vue de satisfaire les besoins d'informations des participants et de réorienter les actions par les autorités locales, en appui au développement local durable. Le partenariat a mis un fort accent sur la formulation de deux plans de développement local. Bien qu'en existant seulement depuis quelques mois, les résultats se font déjà sentir: 21 municipalités participent, un accord a été conclu au sujet de diverses initiatives en vue d'une approche micro-régionale de la solution de problèmes communs; et des projets spécifiques communs comme la protection des bassin hydrographiques, sont en voie de développement. Le réseau appuie également des activités de formation commune à l'intention des représentants des communautés bénéficiaires.

38. En **Argentine**, le réseau atteint cent municipalités et se focalise sur l'échange d'expériences, des instruments et des ressources partagés, une coopération technique, et

la formation aux questions communes. Le réseau constitue une importante voie pour canaliser les initiatives régionales et sous-régionales à l'échelle locale.

La Bolivie: alliance pour l'élaboration de plans départementaux de santé environnementale

La qualité déficiente de l'eau destinée à la consommation humaine, les hauts niveaux d'infection d'autres contaminants présents dans l'eau, les conditions inadéquates du logement comme sources de maladies, l'ignorance des dommages causés à la santé humaine en raison de contact avec des substances hautement dangereuses, les situations d'urgence et les accidents chimiques, la gestion inadéquate d'eaux usées, les risques de la consommation d'aliments contaminés et l'augmentation de maladies transmises par des vecteurs, entre autres problèmes, ont été les motifs justifiant l'établissement d'une alliance en vue de l'élaboration de plans départementaux de santé environnementale en Bolivie.

Dans ce but, durant la période 2004-2005, a été formulée et mise en oeuvre une initiative d'alliance stratégique d'organismes de coopération internationale, bilatérale et multilatérale visant à assurer la coopération avec les administrations départementales des pays, avec l'aval du Ministère de la santé et des sports, dans la perspective de la formulation et de la mise en route de plans départementaux dans des départements prioritaires. Les principaux partenaires nationaux sont la préfecture des départements, les directions départementales de développement social, les directions départementales des ressources naturelles et de l'environnement, ainsi que les services départementaux de la santé (SEDES). Les fonctions et les contributions de l'OPS à l'alliance ont consisté en la prise en charge de l'alliance et la coopération technique spécialisée; le Programme de coopération danois au secteur de l'environnement (PCDSMA) prête un appui financier sous forme de financement, à l'instar du Projet de réforme. La Fondation suisse pour le développement international (Swiss Contact) fournit une coopération financière ainsi que des informations de base sur des questions spécifiques de santé environnementale.

Au nombre des résultats remarquables découlant du partenariat, citons l'élaboration de plans de santé environnementale au sein des départements de Cochabamba, La Paz, Pando, Santa Cruz et Tarija, qui sont cinq des nouveaux départements du pays et incluent trois départements qui constituent le centre administratif.

39. Au **Nicaragua**, le projet visant à développer des systèmes locaux intégrés de santé (PROSILAIS en espagnol) dans quatre départements et dans la région nord autonome et autochtone (RAAS) a été récemment achevé. Le projet a mis l'accent sur le développement du capital humain local en vue d'assurer la durabilité du projet au-delà de son achèvement, ainsi qu'améliorer l'infrastructure et l'équipement des services de santé. Dans le contexte d'une harmonisation en cours et des efforts d'aliments, le projet offre un exemple de partenariat entre les autorités locales et nationales et la coopération internationale; il forme maintenant un certain nombre de critères convenus lors du Sommet au haut niveau tenu à Paris pour suivre les résultats. La stratégie multidisciplinaire suivie dans la mise en oeuvre du projet a encouragé une approche

globale à l'échelon local, à construire et à renforcer les efforts nationaux de décentralisation.

40. À Cuba, la coopération technique en vue du renforcement des soins primaires de santé a maintenant été élargie pour inclure le niveau municipal. Pour le moment, 65 municipalités bénéficient d'un support technique direct en vue de renforcer la capacité locale à effectuer des évaluations des besoins, et à lier des priorités locales aux priorités nationales. L'appui technique inclut la gestion, la mise en oeuvre d'interventions conformément à des priorités nationales et la réponse aux besoins locaux émergents. Un accent particulier a été mis sur la technologie d'information et l'analyse des données à l'intention des décideurs, en recourant à des approches intersectorielles et multidisciplinaires. L'évaluation de l'expérience en cours et les résultats seront publiés très prochainement. Le processus a été méticuleusement enregistré pour faciliter le partage de données d'expériences avec d'autres pays de la région et cette initiative a déjà abouti à l'élaboration d'un réseau de santé et de gouvernance entre les municipalités en Équateur et à Cuba.

En Haïti le projet "**PROVIDA: Communauté en action**" appuie les initiatives locales d'approvisionnement d'eau et d'assainissement de base, notamment les latrines et les opérations de nettoyage public.

Il sied de souligner le projet créé par les jeunes de Cité Soleil, un peuplement urbain de près de 300 000 personnes accusant un indice plus élevé de pauvreté et où prévaut une forte incidence de violence dans le pays. Là, un groupe de jeunes, avec l'appui de l'OPS et du Ministère de la santé publique espère trouver une option à la situation de violence.

L'initiative qui a employé dans une première phase de trois mois 270 jeunes, a déjà porté des fruits. Une deuxième phase est en cours de mise en oeuvre à l'aide d'un financement obtenu à travers l'appui du footballeur brésilien Ronaldo.

L'initiative a englobé des jeunes des quartiers les plus violents de Port-au-Prince dans la campagne de vaccination canine. Prenons à titre d'exemple, Bel Air, un endroit où la police a un accès difficile et où les institutions de l'État sont virtuellement absentes.

Santé des populations frontalières et intégration sous-régionale

41. Les processus de globalisation et d'intégration ont eu un impact sur les régions frontalières. De plus en plus, le croisement et l'échange de personnes, de marchandises et de services causent des problèmes communs de santé publique dans les régions frontalières qui affectent de larges groupes de population, ce qui requiert la participation de tous les pays concernés. Les priorités de l'OPS qui sont d'améliorer la santé aux villes frontalières incluent la réduction des inégalités en matière de santé en agissant comme intermédiaires et comme défenseurs d'une action commune coordonnée; la mise en place de réseaux et de systèmes d'échange d'informations en matière de santé et la mise en place de réseaux de services de santé en vue d'en garantir l'accès. Les efforts de l'OPS vise également à obtenir une surveillance épidémiologique unifiée et la continuité du traitement des maladies transmissibles comme la tuberculose ou le sida dans les villes soeurs. Ses efforts incluent des activités visant à harmoniser les codes sanitaires, les traitements médicaux et le partage de réseaux de services médicaux. Il faut aussi citer au nombre de ces efforts la coordination des programmes de promotion de la santé et le développement d'objectifs sanitaires communs et leur incorporation dans les agendas politiques nationaux.

42. En Amérique centrale, dans le contexte de la sécurité de la nutrition et de l'alimentation, quatre initiatives ont été mises au point, lesquelles facilitent le recours à des stratégies communes, à des critères techniques, à des méthodologies et à d'autres aspects opérationnels. La première initiative porte sur les questions de nutrition et de sécurité alimentaire dans les régions frontalières; la deuxième initiative est liée à la promotion de la nutrition et de la sécurité alimentaire dans les processus de développement d'administration locale et à l'appui aux programmes qui visent à habiliter les femmes à travers la production de la nourriture au moyen des microentreprises. La troisième initiative concerne les projets TCC entre les municipalités frontalières du Nicaragua et du Costa Rica et au processus de développement local en Amérique centrale et dans la Caraïbe espagnole. La dernière initiative porte sur une initiative sous-régionale visant 159 municipalités frontalières à risque en matière de nutrition et de sécurité alimentaire.

43. La scène politique à la frontière entre **les États-Unis et au Mexique** a radicalement changé durant les dernières années. La création d'une Commission frontalière États-Unis-Mexique en matière de santé a causé une réorientation des travaux de diverses institutions et réseaux à la frontière. La Commission a préparé un plan de travail contenant des objectifs clairs jusqu'à l'année 2010, lequel plan est connu sous le titre de Agenda 2010 pour une frontière saine. Les activités de coordination ont été renouvelées en 2004, en portant la Conférence des Gouverneurs à renforcer leurs travaux communs à la lumière de ce plan. Aucune autre région frontalière des Amériques ne dispose de tant de mécanismes de coordination que celle des États-Unis et du Mexique.

L'initiative de villes soeurs sûres et saines vise à améliorer la coordination interinstitutionnelle et à accroître la participation communautaire et les travaux intersectoriels pour faire face aux questions de santé qui requièrent une coopération bilatérale dans les communautés frontalières. L'initiative rassemble un éventail d'institutions oeuvrant à l'atteinte d'objectifs communs de santé à la frontière entre les États-Unis et le Mexique. Par exemple, les conseils de santé binationaux, l'Association États-Unis-Mexique de santé frontalière, la stratégie pour une frontière saine menée par la Commission États-Unis-Mexique pour une santé frontalière, des mécanismes de liaison entre les consulats des États-Unis et du Mexique et un grand nombre d'organisations non gouvernementales ainsi que des institutions universitaires engagées dans la mise en oeuvre d'interventions à la frontière États-Unis-Mexique.

44. Les Systèmes intégrés de santé sur les projets frontaliers (SIS-Fronteras en portugais) a été lancé par le **Brésil** en vue de faciliter, d'appuyer et de standardiser des interventions de santé dans les régions frontalières avec d'autres pays du MERCOSUR. Le projet comporte trois volets: une évaluation des besoins et la formulation d'un plan d'action, les services de santé des régions frontalières et le renforcement de la gestion dans les zones stratégiques. Le projet ciblera 69 municipalités au Brésil et les usagers des services de santé dans ces régions, qu'ils soient brésiliens ou d'autres nationalités. Un deuxième groupe de 52 municipalités sera ajouté lors de la deuxième phase.

45. **La Colombie et l'Équateur** ont tenu des réunions communes en vue de coordonner les activités de vaccination durant la Semaine de vaccination des Amériques. De surcroît, un plan commun de quatre ans pour la santé dans les régions frontalières est en cours, avec une attention particulière prêtée aux personnes déplacées en raison d'un conflit ou de la pauvreté. Une commission frontalière créée par les deux pays a déjà fixé des priorités. Des réunions ont également eu lieu en vue de coordonner les activités de lutte contre la fièvre aphteuse dans la zone frontalière entre la Colombie et le Brésil et un projet tripartite dans le Bassin des Amazones comprenant le Brésil, la Colombie et le Pérou est à l'étude.

Renouvellement des soins primaires de santé en vue de renforcer les systèmes de santé

46. Le mandat du Groupe de travail de l'OPS sur les soins primaires de santé consiste à examiner et à réaffirmer les dimensions conceptuelles des soins de santé primaires énoncées dans la Déclaration de Alma Ata; à développer des définitions opérationnelles pertinentes aux soins primaires de santé et à tracer à l'intention des pays les grandes lignes des modalités d'une réorientation des systèmes et services de santé de la région en fonction des principes de soins primaires de santé et dans le cadre de la réforme du secteur régional de la santé. Le Groupe de travail a tenu des consultations régionales et nationales et a encouragé le dialogue avec les acteurs pertinents, notamment la société

civile et les organisations non gouvernementales, les universités, les associations professionnelles et les autorités gouvernementales en vue de recueillir un consensus et de mettre au point des alliances stratégiques pour l'expansion des soins primaires de santé à travers la région. La première réunion du Groupe de travail a été tenue en juin 2004 à Washington D.C. et la deuxième en octobre 2004 à San José Costa Rica. Vers la fin de 2004, le Groupe de travail a élaboré un premier projet de document sur le renouvellement des soins primaires de santé et un projet d'une Déclaration régionale sur les soins primaires de santé a été acheminé aux États membres pour leurs commentaires. *Une consultation régionale sur le renouvellement des soins primaires de santé* a été tenue en juillet 2005 à Montevideo, Uruguay. Les objectifs de cette consultation étaient de discuter et de légitimer le document et la déclaration régionale, ainsi que d'élaborer un plan d'action pour le renouvellement des soins primaires de santé à travers les Amériques.

47. À l'échelle nationale, les soins primaires de santé revêtent une priorité en **Argentine**. Sur la base de ces principes et dans le cadre de l'approche globale des soins primaires de santé en Argentine, l'Initiative de soins primaires environnementaux a été lancée. Cette initiative est connue dans la région comme une stratégie organisationnelle qui débouchera, grâce à une participation active d'acteurs locaux, sur un progrès durable permettant de faire face aux questions de santé environnementales aux échelons local et communautaire. En particulier, cette approche se traduira par des changements de comportement dans les rapports entre les individus et leur environnement. Dans cette perspective, l'alliance de l'OPS avec *Ecoclubes* continue d'aller de l'avant et comprend maintenant 170 communautés bénéficiaires en Argentine. À travers cette alliance, les communautés ont pu avoir accès à des projets de traitement des déchets, de technologies de conservation de l'eau, d'interventions en vue du reboisement, et d'une assistance technique dans la lutte contre la fièvre dengue. *Ecoclubes* a été établi dans 15 provinces, avec une dotation en personnel de plus de 3.000 jeunes volontaires. L'Argentine appartient à un réseau international de 24 pays dans les Amériques, l'Europe et l'Afrique représentant 12.000 volontaires organisés en 500 clubs.

48. Au **Venezuela**, les soins primaires de santé constituent aussi un instrument de garantie des droits à la santé pour la population. Le programme *Barrio Adentro* représente une modification significative du modèle de développement humain découlant de la Constitution de 1999. *Barrio Adentro* cherche à élargir la couverture des services de base de santé de manière opportune et équitable; il vise aussi à fournir des soins de qualité aux couches les plus pauvres de la population. La municipalité de Libertador dans la région métropolitaine de Caracas a été la première à lancer le programme. Les difficultés enregistrées pour attirer les praticiens locaux de santé vers les quartiers les plus pauvres a débouché sur le recrutement initial de 50 médecins généraux cubains, dentistes ainsi que des infirmières à travers un programme de coopération technique lancé avec le Gouvernement cubain; aujourd'hui, il y a 20.000 professionnels de ce genre

géographiquement répartis parmi la population qui a été traditionnellement négligée par le secteur de la santé. En janvier 2005, le programme entrait dans sa deuxième phase et se focalise maintenant sur le niveau secondaire de santé et la construction de 600 centres de diagnostics complets à travers le pays; le développement des ressources humaines (on s'attend à ce que 30.000 médecins obtiennent leur diplôme durant les cinq prochaines années) et l'intégration du *Barrio Adentro* dans le système de santé public.

Politiques publiques globales en vue d'améliorer la qualité de la vie

49. *Environnement sûr.* Le Centre de contrôle de prévention des maladies (CDC), l'OPS et l'Agence pour la protection de l'environnement ont forgé une alliance visant à développer et à mettre en oeuvre un programme commun de coopération technique en vue d'améliorer les capacités techniques et de décisions basées sur les preuves recueillies sur le terrain en matière de santé publique environnementale à travers la région. Les objectifs principaux sont les suivants: le renforcement des institutions publiques et des organisations de la société civile aux échelons national et local; améliorer la collecte et la diffusion des informations au sujet de l'environnement et de la santé; l'appui technique à la recherche et la mise en oeuvre de programmes d'eau et d'hygiène, entre autres. Les stratégies proposées comprennent le développement de liens entre les secteurs de la santé et de l'environnement, la société civile et les centres de coopération, ainsi que la recherche d'occasions d'intégrer la santé publique environnementale concernant les enfants aux initiatives régionales et nationales. Un atlas régional pour la santé environnementale des enfants est en cours de préparation et il inclut des renseignements pertinents pour les décideurs, les professionnels du secteur de la santé et de l'environnement ainsi que le public en général.

50. *Protection de la santé.* On estime qu'environ 20 à 25 pourcent de la population totale de la région n'ont pas accès aux soins de santé en dépit du fait que les déclarations universelles signées par la plupart des pays et les législations nationales de beaucoup d'entre eux garantissent un accès universel aux soins de santé. De même les processus de réforme de la santé n'ont pas pu progresser à cet égard. Il existe un écart substantiel entre le stade de développement de systèmes nationaux de protection sociale et le cadre juridique qui les appuie. L'OPS a oeuvré activement à la solution de cette question et a réalisé certains progrès en matière de promotion de la protection sociale de la santé dans la région. Au nombre des activités menées, il faut citer les suivantes: une évaluation de la portée et de l'identification de ses principales causes, le dialogue avec les institutions internationales de financement et les institutions de développement et l'élaboration de méthodologies et d'instruments propres à aider les décideurs à concevoir, à appliquer et à évaluer les politiques qui visent à encourager la protection sociale dans la santé.

Progrès réalisés dans l'octroi de la protection sociale en matière de santé en Équateur: le cadre juridique et politique

Les articles 42, 43 et 456 de la Constitution politique de l'Équateur dispose que l'État a pour responsabilité de garantir gratuitement le droit à la santé, la promotion et la protection de ce droit au moyen d'un accès permanent et ininterrompu aux services de santé, conformément aux principes d'équité, d'universalité, de solidarité, de qualité et d'efficience.

L'article 12 de la Loi organique du Système national de santé définit "l'assurance" comme la garantie d'accès universel et équitable de la population au Plan intégral de santé, dans le respect du droit du citoyen à la protection sociale et à la santé; il prévoit aussi de commencer avec l'application du plan d'assurance aux femmes et aux enfants bénéficiaires de la loi des programmes de maternité gratuits et de soins à l'enfant. En même temps, il encourage l'élargissement de la couverture de santé à toutes les entités fournisseuses de services et d'assurance générale obligatoire ainsi que d'assurance sociale à la paysanne, éléments appartenant à l'Institut équatorien de sécurité sociale (IESS), et à d'autres assurances publiques, comme l'Institut de sécurité sociale des forces armées (ISSFA) et l'Institut de sécurité sociale de la police nationale (ISSPOL).

La loi sur la maternité gratuite prescrit que toute femme équatorienne a droit gratuitement à des soins de santé et de qualité durant sa grossesse, son accouchement et la période du post-partum, ainsi que l'accès à des programmes de santé sexuelle et de santé génésique. La loi prévoit aussi que des soins de santé seront octroyés sans frais aux nouveaux-nés ou aux enfants récemment nés, aux enfants âgés de moins de cinq ans comme une action de santé publique, relevant de la responsabilité de l'État.

Le décret exécutif 2345 daté de décembre 2004 charge le Ministère de la santé publique de mener les activités nécessaires pour permettre l'accès aux services de santé de la population marginalisée et il déclare comme politique prioritaire de l'État le programme d'expansion de la couverture de la protection sociale en matière de santé, sur la base de la stratégie de soins primaires de santé.

Le Gouvernement national, par le truchement du Ministère de la santé publique, a mis au point le programme d'expansion de la couverture de santé (PROECOS), en fonction de l'application du Modèle de soins intégraux, en mettant l'accent sur les soins primaires de santé. Il a commencé à formuler le programme "d'octroi de licence" du réseau de services du Ministère de la santé publique. Au moyen du décret exécutif No. 2345, publié dans le Registre officiel au No. 483 du 16 décembre 2004, le Gouvernement national a déclaré le PROECOS, politique prioritaire de l'État. Ce programme sera mis en oeuvre graduellement, en commençant par les municipalités les plus pauvres du pays, jusqu'à l'atteinte d'une couverture de quatre millions et demi d'habitants exclus de ces services.

Lors du Deuxième Congrès national pour la santé et la vie qui s'est tenu au mois de septembre 2004 dans la ville de Guayaquil, il a été décidé "...d'allouer des ressources plus importantes à l'expansion de la couverture des femmes et des enfants protégés par le LMGYAI,.... En étendant ces avantages à d'autres groupes de populations, spécialement aux personnes âgées (les adultes âgés) en accordant la priorité aux gens les plus pauvres".

51. *Sécurité sociale.* À l'échelle nationale, au **Guatemala**, la réforme de la sécurité sociale a été lancée suite à un dialogue interparlementaire et national. L'initiative découle de l'agenda national partagé signé par tous les partis politiques, laquelle a établi la réforme de la sécurité sociale de la santé comme première priorité pour l'exercice 2004-2008. La Commission parlementaire sur la santé et la sécurité sociale s'est assurée l'appui de l'OPS et du Fonds des Nations Unies pour le développement, dans un effort de renforcer la capacité de ses membres d'examiner et de proposer des modifications à la loi sur la sécurité sociale. Cette initiative inclut un programme de travail commun en trois étapes: concepts de base et leçons tirées de la réforme de la sécurité sociale en Amérique latine; un survol historique des tendances réalisé par l'Institut guatémaltèque de la sécurité sociale et une évaluation préliminaire des présents besoins de sécurité sociale. Le programme de travail couvre également d'autres aspects, comme par exemple le dialogue avec les citoyens; la discussion des propositions venant d'autres secteurs, un dialogue entre les autorités gouvernementales, les membres du Congrès et la société civile entre autres. Au nombre des activités menées à ce jour figurent des études sur les décaissements publics et privés liés à la santé; des documents et déclarations communes sur le besoin de relever le niveau des décaissements de santé publique; la formulation d'un plan stratégique pour l'Institut guatémaltèque de sécurité sociale; le dialogue avec les principaux actionnaires, y compris les syndicats et la formulation d'une proposition de protection sociale de la santé des populations autochtones.

Réforme des services psychiatriques au Mexique

L'OPS collabore avec les autorités nationales de santé à la mise en place des services de psychiatrie au sein de la communauté, qui habiliteront les personnes souffrant de troubles mentaux à effectivement exercer leur droit à des soins et à la réinsertion.

On encourage une inclusion active de la question des services psychiatriques dans les politiques de santé au moyen de l'encouragement de la création de dispositifs qui favorisent l'accès et améliorent substantiellement la couverture, assurent la promotion des droits de la personne et la déstigmatisation, favorisent le suivi des personnes soignées et leur réinsertion effective dans leur environnement coutumier. Cette approche requiert la création d'équipes de travail interdisciplinaire, un travail intersectoriel et l'inclusion de ressources non conventionnelles; elle comprend aussi les voisins, les familles et les dirigeant sociaux entre autres. Il s'agit d'un travail qui vise le respect et l'intégration du "différent" en général à partir d'une approche socio-sanitaire.

En vue de renforcer le processus de réforme psychiatrique au Mexique, l'OPS a participé à de nombreux événements publics organisés par des universités ou des organismes de droits de la personne à Mexico et dans divers lieux dans le pays. L'Organisation prête aussi son appui à la préparation de communiqués de presse demandés par les médias. De surcroît, l'OPS a rempli un rôle capital dans la mobilisation d'experts d'autres pays appelés à collaborer à l'évaluation de situations dans plusieurs États mexicains, de sorte que les recommandations puissent ensuite être acheminées aux autorités pertinentes.

La création d'un mouvement national visant à appuyer et à consolider l'appui politique à la réforme est encouragée. Ce mouvement inclut des associations d'usagers et des parents; des associations de femmes indigènes et des associations professionnelles. La tâche consiste à favoriser leur création, leur établissement et leur renforcement aux échelons local et national.

D'autres initiatives en cours visent les hommes de loi, dans la perspective de l'introduction de réforme législative, ainsi que des maires et des gouverneurs, en vue d'obtenir leur engagement effectif. Un autre domaine d'activité consiste en la promotion de l'élaboration de stratégies de travail à l'échelle locale, au moyen de la participation active d'organisations non gouvernementales, de dirigeants religieux, de la police, d'enseignants et de syndicalistes.

52. *Santé et tourisme.* Au début de 2005, le Gouvernement de la **République dominicaine** a créé la Commission nationale sur la santé et le tourisme (CONSATUR en espagnol) faisant partie du Plan national de santé et de tourisme qui vise à fournir des soins complets de santé à tout individu oeuvrant dans le secteur du tourisme. Le secteur du tourisme est l'une des principales sources de revenus pour les Dominicains et il a été récemment affecté par des poussées de maladie qui ont causé des millions de dollars en termes d'actions en justice et pertes de revenus dues annulations massives. L'alliance entre les secteurs public et privé permettra une détection anticipée de maladies importées et facilitera également la coordination et le suivi des interventions de santé pour la

prévention et la lutte contre la malaria. Le plan assurera aussi la formation des fournisseurs de soins de santé à des centres touristiques à travers le pays.

**Bureau de coordination du Programme pour la Caraïbe
Commission caraïbienne sur la santé et le développement**

La Commission caraïbienne sur la santé et le développement (CCSD) a été créée à la demande des Chefs d'États de la Caraïbe en tant que l'une des composantes de la Déclaration de Nassau sur la santé en juillet 2001. L'objectif principal de la CCSD est d'établir un rapport basé sur l'élaboration de documents spéciaux ; des consultations techniques ; des discussions de politiques ; des présentations par le Président du Conseil de la CARICOM sur le développement humain et social (COHSOD) ; le Groupe des Ministères de la santé de la CARICOM ; les Chefs de Gouvernements de la CARICOM ; le Forum de la Caraïbe pour le développement; des exposés devant les cabinets antillais par un groupe de membres et le Secrétariat; des séances de promotion et de communication en vue d'étendre les connaissances à travers la Communauté caraïbienne; le lancement officiel du rapport sur la Commission caraïbienne sur la santé et le développement, et des initiatives nationales visant à encourager l'adoption de recommandations de politiques effectuées dans le dernier rapport de la CCSD.

Stratégie de coopération de la Caraïbe orientale

En 2004, le Bureau de coordination du programme de la Caraïbe a mené une série de consultation avec les gouvernements des membres et des membres associés de l'Organisation des États de la Caraïbe orientale,¹ la Barbade, les partenaires du développement et les donateurs, la société civile et les organisations non gouvernementales en vue d'élaborer une stratégie de coopération de la Caraïbe orientale (ECCS). Cette initiative orientera la coopération technique qui sera octroyée par le système entier de l'OMS et elle est en harmonie avec l'Initiative de focalisation de l'OMS sur un pays en vue de rehausser la performance à l'échelle nationale.

La Stratégie de coopération de la Caraïbe orientale a été tracée en fonction: a) des besoins, des intérêts et des attentes des pays en mettant l'accent sur les enjeux que posent la santé et le développement; b) du cadre de politiques de l'OPS/l'OMS; et c) des travaux d'autres partenaires du développement, notamment des activités et des approches. La SCCE devrait aider les pays à améliorer leur gestion et leur coopération pour le développement dans le secteur de la santé, et contribuer au lancement de plusieurs initiatives globales, régionales et sous-régionales telles qu'elles sont définies par les Objectifs de développement du Millénaire, les stratégies de l'OPS/l'OMS, et la Caraïbe, l'Initiative de coopération de la Caraïbe en matière de santé ; la Stratégie de développement de l'Organisation de la Caraïbe orientale et le Cadre de l'assistance au développement des Nations Unies.

53. *Accès aux médicaments essentiels.* L'une des questions clés dans la région demeure l'accès opportun aux médicaments essentiels à un faible coût. Les principaux

¹ Les membres de l'OECS comprennent les pays suivants: Antigua-et-Barbuda, Dominica, Grenade, Sainte-Lucie, Saint-Kitts-et-Nevis, Saint-Vincent-et-Grenadines et les territoires outremer du Royaume-Uni d'Anguilla, des Iles vierges et de Montserrat.

obstacles qu'affrontent les États membres sont les suivants : la sélection de produits de qualité, le financement, le contrôle des coûts, les droits d'auteur et les patentes et la gestion des approvisionnements. L'OPS prête une assistance à travers le programme régional. Le programme appuie l'élaboration de politiques de médicaments qui encouragent un accès équitable et un recours à des méthodes de suivi du rendement. Le programme encourage également l'utilisation de produits génériques et d'autres stratégies pour contrôler les coûts et minimiser les violations des droits d'auteur. En même temps, il appuie le renforcement des systèmes de fourniture et d'achats. Le programme se déroule en collaboration avec d'autres institutions des Nations Unies, des centres, des autorités nationales et locales et des organisations non gouvernementales dans la région. L'OPS a joué un rôle capital dans les négociations des médicaments anti-rétroviraux qui ont eu lieu durant deux phases de négociations régionales qui se sont déroulées au Pérou et en Argentine et auxquelles 11 pays ont participé.

La prévention et la rééducation des handicapés

Dans le cadre des plans nationaux de santé et de développement social, l'OPS a collaboré étroitement avec les pays de la région pour formuler et élaborer des politiques et des plans nationaux en vue d'inclure la question des personnes handicapées et atteindre l'objectif de créer des égalités de chance. Actuellement les pays suivants sont en voie de formuler ou de réviser leurs plans respectifs : le Panama, la Bolivie, le Honduras, le Guatemala, le Venezuela, le Paraguay, la République dominicaine. Les pays suivants ont déjà défini leurs plans : Colombie, Nicaragua, El Salvador, Cuba, Argentine, Chili et Équateur.

L'OPS collabore conjointement avec l'Institut national de RHB du Pérou en vue d'inclure et de mettre au point un système d'information sur les personnes handicapées et dans les systèmes d'information sanitaire pour établir des modèles démographiques en mutation et indiquant les causes des handicaps, des types d'handicap ainsi que pour identifier la nature des interventions nécessaires. Ce programme peut être modifié en fonction des besoins des pays et il a connu un processus de validation au Pérou, au Venezuela, au Nicaragua, au Brésil, à El Salvador et au Honduras. De même, a été encouragé le développement d'études spécifiques d'handicap dans la population en général, au Nicaragua, au Chili, à El Salvador et plus récemment au Panama. Parallèlement à ces développements, on a entamé la mise en oeuvre de la méthodologie d'analyse des situations des personnes handicapées, laquelle analyse a été achevée au Costa Rica, au Chili et au Panama; elle est en cours au Nicaragua, à El Salvador et en Bolivie.

Face à la situation d'injustice criante en ce qui a trait à l'accès aux services de santé et de rééducation qui prévaut dans la région, l'OPS a activement encouragé et adopté la stratégie RBC pour répondre au besoin d'augmentation de la couverture de soins en matière de rééducation et la promotion de l'égalité de chances pour les personnes handicapées. L'OPS a pu avec succès fournir une aide technique pour l'application des stratégies RBC dans les pays suivants : Colombie, Argentine, El Salvador, Honduras, Nicaragua, Uruguay, Paraguay, Bolivie et Guatemala. De surcroît, dans le cadre de la collaboration avec ces pays, les stratégies RBC se sont étendues aux régions autochtones du Venezuela, du Guyana, du Pérou, de la Bolivie, du Panama, du Honduras et du Nicaragua, ainsi qu'aux zones urbaines du Mexique, du Pérou, du Brésil et du Venezuela.

La tendance mondiale vers l'interdiction des mines terrestres a encouragé la coopération entre le Canada, le Mexique et l'OPS pour mettre au point un plan d'action en appui aux survivants des mines terrestres antipersonnel et d'autres personnes handicapées en Amérique centrale. L'initiative tripartite est un programme pleinement opérationnel qui est appliqué à El Salvador, au Honduras et au Nicaragua.

Affronter les nouveaux enjeux ensemble

Lutte contre le VIH/SIDA

54. L'Initiative 3 par 5 est une occasion de renouveler l'engagement pris par l'OPS d'arrêter et d'inverser l'épidémie du VIH/SIDA dans la région, grâce à des efforts concertés et des partenariats avec les gouvernements, la société civile, les personnes atteintes de VIH et des organisations bilatérales et multilatérales. En janvier 2004, un groupe de travail a été créé avec des représentants des États membres, des personnes vivant avec le SIDA, des partenaires externes et le personnel de l'OPS/OMS venant du siège et des bureaux hors siège. Le groupe de travail a examiné l'initiative globale et a proposé la voie vers l'avenir pour la Région à travers cinq orientations stratégiques.

55. En janvier 2005, le Comité technique consultatif (TAC) sur le VIH/SIDA/MST s'est réuni pour la première fois à Boca Chica en République dominicaine, conjointement avec des pays membres et plusieurs partenaires du développement. Le Comité consultatif technique, comprenant des experts reconnus de la région, a émis un jeu de recommandations qui font l'objet d'un suivi actif par celui-ci et des réactions sont transmises sur une base permanente aux organes directeurs de l'OPS. Avec les ressources additionnelles mobilisées dans le cadre de l'Initiative 3 par 5 à travers l'OMS, des ressources financières et humaines ont été décentralisées vers les pays pour assurer une mise en oeuvre effective de cette stratégie. À cette date, 80 pour cent des pays membres mettent en oeuvre un plan de travail en utilisant les ressources affectées au renforcement de la réponse du secteur de la santé et à la création d'une synergie avec d'autres ressources existantes. Le recrutement d'un nouveau personnel au titre du renforcement de la réponse de l'OPS a été accéléré à l'échelon régional et dans les pays prioritaires.

56. Dans la Caraïbe, l'Initiative 3 par 5 a consolidé l'harmonisation des ressources de l'OPS/CAREC à travers des réunions régulières de consultations, de suivi et d'évaluation avec les partenaires. Cette collaboration renforcée a débouché sur des modifications substantielles des stratégies et des processus, notamment la participation de l'OPS/CAREC en tant que bénéficiaire accessoire du projet du Fonds global PANCAP et le projet PANCAP de la Banque mondiale. Trinité et Tobago a entamé la mise en oeuvre d'un plan stratégique de cinq ans et à ces fins, pour lequel un Comité national de coordination du SIDA a été désigné par le Cabinet. La question du VIH/SIDA a été examinée en tant que question de développement dans la vision 20/20, un processus dont l'objectif fondamental est de transformer le pays en une société développée d'ici l'an 2020.

57. La prise en charge de la question du VIH/SIDA a exigé l'expansion de la portée de la coopération technique connexe en mettant un accent particulier sur les infections communes sexuellement transmises, la santé sexuelle et la santé génésique, le ciblage des

jeunes, la prévalence du VIH/SIDA, les taux élevés de grossesse des adolescents et les femmes à la lumière d'une tendance croissante à l'infection parmi les groupes de population à travers une transmission hétérosexuelle. L'OPS/l'OMS a forgé un partenariat durable avec les groupes communautaires et les autorités nationales de santé en adoptant une approche renouvelée qui reconnaît le besoin de reprendre l'examen de questions clés telles que les cadres de politiques, la synergie des interventions, le renforcement des compétences, la mobilisation des ressources, le renforcement des interventions en vue de la prévention et la promotion de la santé à l'échelle communautaire et le renforcement institutionnel. Un tiers des États membres de l'OPS a maintenant signé des accords de participation au Fonds régional de roulement pour les fournitures stratégiques de produits de santé publique, créé en 2000, lequel lie les processus techniques intervenant dans la gestion des fournitures des produits stratégiques de santé publique à l'achat des produits. A la fin de 2004, les pays participants avaient eu recours à ce mécanisme pour l'acquisition de fournitures essentielles de santé publique d'un montant de 18 millions de dollars. En 2005, le Brésil, le Honduras, le Nicaragua et le Guatemala ont également tiré avantage de ce Fonds stratégique.

58. Le Groupe de Directeurs régionaux (GDR) des institutions de coparrainage et le Secrétariat du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA), créé en 2003, offre un mécanisme hautement prometteur permettant de renforcer et de coordonner l'action des Nations Unies en appui aux réponses nationales au VIH/SIDA. Une décision clé adoptée par le GDR lors de sa réunion tenue au siège les 3 et 4 mars 2005, a été le lancement durant les mois suivants d'un processus d'harmonisation et d'ajustement de la coopération internationale en matière de VIH/SIDA, en Amérique latine et dans la Caraïbe. Cette procédure appelle à la participation d'autorités nationales ; d'institutions clés bilatérales, multilatérales et internationales de financement, de fondations et d'initiatives globales en matière de santé et de développement. À titre de première étape dans cette voie, le GDR s'est réuni avec le Président et le personnel supérieur de la BID, ainsi qu'avec des représentants de plusieurs institutions américaines, notamment le coordinateur au Département d'État du Bureau des États-Unis pour la lutte globale contre le SIDA, l'USAID et le Département des questions sanitaires et humaines/CDC. Cette réunion a favorisé un dialogue politique et stratégique qui augure bien du processus d'harmonisation à l'avenir.

59. La valeur ajoutée de l'OPS découlant de la facilitation du dialogue entre les partenaires de développement, les gouvernements et la société civile, a été reconnue comme un puissant instrument propre à encourager la lutte contre le VIH/SIDA dans la région. Sa capacité à mobiliser un éventail d'expertise technique à l'intérieur des pays et dans d'autres régions a été capitale dans l'élaboration des plans d'action et la mise en oeuvre de stratégies importantes. L'expérience recueillie a été utilisée pour stimuler une harmonisation et une collaboration dans la région. En 2005, l'OPS a entamé le processus de formulation d'un *Plan régional de VIH/SIDA 2006-2015*, qui a pour objectif de

renforcer les efforts déployés par le pays et dans la région pour mettre un frein et renverser l'épidémie du VIH/SIDA, en conformité avec les Objectifs de développement du Millénaire.

Sommet extraordinaire des Amériques à Nuevo León, Monterrey, Mexique

En janvier 2004, lors du Sommet extraordinaire des Amériques tenu à Nuevo León, Monterrey, Mexique, les Chefs d'États et de Gouvernements de l'Amérique latine et de la Caraïbe ont entériné leur engagement envers l'objectif d'assurer un traitement universel à l'aide d'une thérapie anti-rétrovirale (ART), à tous ceux qui en auraient besoin aussitôt que possible. Cette initiative couvrira au moins 600,000 personnes ayant besoin de ce traitement d'ici le prochain Sommet en 2005. De même, en septembre 2004, les États membres ont approuvé la Résolution CD45.10 appuyant l'intensification des efforts visant à traiter le VIH/SIDA/MST dans le contexte d'une réponse globale à l'épidémie.

Grâce à l'engagement politique des gouvernements et à une extraordinaire mobilisation de ressources humaines et financières, notamment celles du Fonds global, du PEPFAR et de la Banque mondiale, d'ici la tenue du Quatrième Sommet des Amériques, l'objectif du traitement de 600.000 individus aura été atteint et même dépassé. À la fin du mois de juin, le nombre estimatif de personnes bénéficiant d'un traitement dans les États membres, y compris au Canada et aux États-Unis, était de 622.275. Pratiquement tous les pays ont substantiellement intensifié la couverture de traitement depuis janvier 2004, date de l'annonce de l'engagement. En Amérique latine et dans la Caraïbe, 108.415 nouveaux traitements ont été initiés durant la période, alors que le nombre de personnes bénéficiant d'un traitement est passé de 196.000 à 304.415. Cette solide et graduelle augmentation a été possible grâce au haut degré d'engagement et à l'action intensifiée des pays dans la région et à cause d'un appui approfondi des partenaires pour le développement.

Coalition interaméricaine pour la prévention de la violence

60. La violence dans les Amériques est un phénomène croissant qui pose maintenant une menace sérieuse pour la santé publique. L'Amérique latine est l'une des régions les plus violentes du monde, accusant un taux d'homicide qui est trois fois plus élevé que celui qui prévaut dans le reste du monde et comportant environ 75 pour cent des enlèvements dans le monde. Les degrés d'extrêmement élevés de violence ont un impact négatif sur le potentiel de développement, étant donné que cette violence pose des obstacles au développement économique et social et au bien-être des peuples de l'Amérique. En encourageant une stratégie globale de prévention de la violence en fonction d'approches de la santé publique bien éprouvées, la Coalition interaméricaine pour la prévention de la violence (CIPV) a contribué à trouver des solutions rentables et respectueuses des droits pour relever les défis posés par les hauts niveaux de violence. L'OPS, à travers son support permanent de la CIPV et en sa qualité de secrétariat de la CIPV, a assumé la direction de cette initiative.

61. La Coalition interaméricaine pour la prévention de la violence (CIPV) a été lancée en juin 2000 en tant que partenariat innovateur d'organisations bilatérales et multilatérales. La CIPV a mis en relief deux priorités spécifiques pour 2005-2006: la violence chez les jeunes et les groupes de bandits et la prévention de la violence au niveau municipal. La CIPV gère un projet financé par la USAID qui porte sur le suivi des indicateurs de violence à l'échelle municipale, en encourageant des observatoires municipaux de la violence et en mettant en oeuvre des plans de prévention de la violence municipale dans six pays centraméricains. La CIPV a eu un impact significatif à travers l'Amérique latine. Il faut tout particulièrement relever l'acceptation croissante de la prévention de la violence comme instrument d'importance critique pour trouver des solutions constructives aux niveaux croissants de violence à travers les Amériques.

62. À l'échelon sous-régional, l'Agence allemande pour le développement international (GTZ) et l'OPS ont élaboré un Projet pour le développement de la jeunesse et la prévention de la violence dans six pays de la région (Argentine, Colombie, El Salvador, Honduras, Nicaragua et Pérou). Ce projet a pour objectif d'encourager la participation de s jeunes à la gestion des programmes de développement de la jeunesse. Avec la collaboration d'autres secteurs pertinents, le projet cherche à incorporer une approche de la prévention de la violence dans la politique publique et à appuyer le transfert de connaissances ainsi que des échanges intrarégionaux sur la jeunesse et la prévention de la violence. En Colombie, le projet a identifié les expériences locales en matière de prévention de la violence avec la participation de la jeunesse à des efforts visant à systématiser les leçons apprises, les connaissances et les pratiques de la jeunesse.

63. Au **Salvador**, l'*Initiative de violence intra-familiale* (VIF en espagnol) cherche à consolider un modèle global de prévention de la violence au sein du secteur de la santé et à étendre son application à plus de collectivités. Les présentes activités se focalisent sur l'établissement de réseaux locaux, le renforcement de la participation sociale et la coordination intersectorielle, ainsi que sur l'identification de stratégies d'interventions en matière de prévention de la violence à partir d'une perspective institutionnelle. L'accent a été mis sur l'utilisation de la parité hommes-femmes en tant que question interdisciplinaire par la formulation et le suivi de plans et programmes de santé.

64. À la **Jamaïque**, le VPA est un réseau d'organisations gouvernementales, non gouvernementales, privées et internationales engagées dans la prévention de la violence interpersonnelle et l'amélioration des services aux victimes dans le cadre du *Rapport mondial de l'OMS sur la violence et la santé*. L'alliance ne met pas en oeuvre des programmes ou ne prête pas des services, mais elle encourage les participants individuels à l'alliance à mener des activités qui sont consistantes avec sa mission. Les activités de la VPA d'une part visent à faciliter l'élaboration de politiques, programmes et instruments pour mettre en oeuvre les recommandations émanées du rapport de l'OMS sur la

Jamaïque, et d'autre part cherchent à renforcer la coopération durable et multisectorielle au sujet de cette vision partagée de la prévention de la violence. À sa phase initiale, la VPA a créé deux groupes de travail sur le changement de comportement, la communication et l'éducation, et sur l'intervention pour une communauté sûre. Depuis la participation de la VPA, une journée libre de violence durant les activités de commémoration de Bob Marley en février 2005 a été encouragée et des critères de communautés sûres ont été établis et déjà été approuvés par 15 communautés comme moyen d'encourager les collectivités à s'efforcer de parvenir à maintenir une coexistence pacifique.

Nouvelles règles pour relever les défis qui se posent globalement pour la santé

65. Les Normes internationales en matière de santé (NIS) ont été révisées pour faire face à la menace que posent l'émergence et la réapparition de maladies infectieuses et le grand risque de leur expansion à l'échelle internationale provoquée en particulier par la croissance du transport commercial et le commerce. Les leçons tirées de l'émergence et de la propagation rapide sur le plan international du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) en 2003 et la détection de la transmission humaine de la grippe aviaire à virus hautement pathogène en 2004 ont été une manifestation concrète de ces menaces et ces risques. La nouvelle rédaction de la Résolution IHR-2005 adoptée par la 58e Assemblée mondiale de la santé fournira une orientation adéquate à la communauté internationale en matière de santé publique en ce qui a trait à un code de conduite face aux situations d'urgence dans ce domaine à l'échelle internationale.

66. L'OPS a pu avec succès tirer avantage des débouchés présentés par les systèmes d'intégration régionale pour harmoniser les politiques et pratiques relatives aux mouvements de personnes sur les frontières, le transport et les marchandises en tant que moyens de réduire les risques liés à la santé publique. Quatre réunions de consultations sous-régionales ont été tenues à Rio de Janeiro, Brésil (Marché commun du sud (MERCOSUR) et les pays de la Communauté andine); à Boca Chica, République dominicaine (pays de l'Amérique centrale, République dominicaine (RESCAD) et Cuba); St. George's, Grenade (pays de la Caraïbe anglophone); et à Ottawa, Canada (Canada, Mexique et États-Unis d'Amérique). Des représentants du transport, de l'agriculture, des affaires étrangères et des secteurs de la sécurité alimentaire ont assisté à ces réunions. Les résultats ont revêtu une importance capitale lors de la préparation des travaux du groupe intergouvernemental qui s'est réuni à Genève.

Système d'information et de communication en santé du MERCOSUR

Dans le cadre des projets et plans communs de la Réunion des ministres de la santé du MERCOSUR et des États associés (Bolivie et Chili), et en fonction de celle-ci, a été mis au point le noyau d'articulation No 1 intitulé "Système d'information et de communication en santé du MERCOSUR".

Le Système d'information et de communication en santé du MERCOSUR a pour objectifs la conception, l'élaboration, la mise en place et le maintien des systèmes d'information et de communication sur les questions de santé en vue de prêter service aux organes et entités participants du MERCOSUR, ainsi qu'au public en général, pour promouvoir l'articulation et l'intégration entre les États parties et associés ainsi que l'échange de données, d'informations et d'expériences.

Au nombre de quelques unes de ses principales fonctions, citons l'identification des systèmes d'information et de systématisation de la saisie et du traitement des données, l'identification des informations prioritaires et des ressources ;pour l'intégration des systèmes d'information, d'éducation et de communication en santé dans les États parties et associés, l'identification et la vulgarisation d'expériences d'importance, notamment en matière d'éducation à distance en santé, la culture populaire comme véhicule des messages de santé, la commercialisation sociale, les programmes de formation et de mobilisation communautaire entre autres; la promotion d'expériences dans chaque État partie ou associé- comme par exemple les registres imprimés, le matériel audiovisuel et électronique, les ateliers itinérants de formation et des rencontres internationales, l'établissement d'un flux régulier d'informations en santé continuellement et actualisé et l'identification du profil des professionnels qui oeuvrent dans ces domaines.

67. Avec l'appui de l'OPS, les ministères de la santé ont créé des groupes nationaux de travail comprenant une large représentation institutionnelle composée de toutes les parties concernées comme les affaires étrangères, l'agriculture, le commerce, le tourisme. De surcroît, le MERCOSUR et les États parties associés ont organisé, avec la coopération de l'OPS, deux réunions remarquables consacrées à la mise en place d'un consensus et auxquelles les pays andins ont été invités. Deux documents ont été publiés, connus sous le titre de : Déclarations de Montevideo et Déclaration de Buenos Aires. L'adoption de la Résolution IHR-2005 pose un défi et en même temps offre des occasions aux États membres et à l'Organisation durant les prochaines années. Donner suite aux obligations émanées de la Résolution IHR-2005 exige le maintien ou le renforcement des infrastructures de santé publique et à titre de capacité de base pour la surveillance et la réponse ainsi qu'aux ports, aéroports et points de passage terrestres, en assurant la coordination avec d'autres secteurs nationaux qui ont un intérêt dans le IHR, à savoir par exemple le commerce, le transport, les affaires étrangères et l'agriculture, en vue de procéder aux préparatifs pour les situations d'urgence à l'échelle nationale et

internationale en matière de santé publique et de répondre aux situations internationales d'urgence de grande importance pour la santé publique.

Forum sur l'eau potable et l'assainissement à l'intention de l'Amérique centrale et de la République dominicaine

Dans le cadre de la tenue de la XXe RESSCAD, le 7 juillet 2004, il a été constitué à Boca Chica (République dominicaine) le Forum sur l'eau potable et l'assainissement" à l'intention de l'Amérique centrale et de la République dominicaine (FOCARD-APS). Participent à ce mécanisme permanent de coordination du secteur dans la région, des entités responsables de l'eau potable et de l'assainissement des pays qui la composent. La création du FOCARD-APS est le point culminant d'un fructueux processus entamé lors de la XIIe Réunion du Conseil des ministres de la santé de l'Amérique centrale (COMISCA) en 2000, en tant qu'expression de la préoccupation que pose la situation du secteur de l'eau potable et de l'assainissement .

D'autre part, l'entérinement du FOCARD-APS au sein du Système d'intégration centraméricain (SICA) ouvre une nouvelle étape du développement du SAPyS de la région, étant donné que cette décision institutionnalise et octroie une représentativité politique régionale officielle qui le renforce et le transforme en interlocuteur autorisée auprès de toutes les entités nationales et internationales liées au service de l'APS.

La Première Réunion du Conseil directeur du Conseil centraméricain et la République dominicaine d'eau potable et d'assainissement (CONCARD-APS) tenue à San Salvador en novembre 2004, a procédé à la ratification de la création et de la constitution du FOCARD-APS, ainsi qu'au suivi des actions visant le fonctionnement du Forum. Le 20 juillet 2005, a été tenue à Belize la réunion préparatoire du Deuxième Forum sur l'eau potable et l'assainissement à l'intention de l'Amérique centrale et la République dominicaine en vue d'élaborer la proposition y afférente et à assurer le suivi des accords convenus lors de la réunion du Premier Forum et ceux émanés de la première réunion du CONCARD-APS.

Tout au long du processus, on doit souligner le rôle du Secteur du développement durable et de la santé environnementale de l'OPS dans la création du modèle conceptuel de la proposition du FOCARD-APS ainsi que sa contribution au développement technique de sa structure et de son fonctionnement.

Au nombre de quelques unes des activités techniques convenues dans le cadre du Forum et réexaminées à la réunion préparatoire du Deuxième Forum visant à renforcer le secteur de la région, citons entre autres la réalisation d'un atelier d'unification de concepts de base et fondamentaux pour le secteur de l'eau potable et de l'assainissement; le suivi du Plan régional de prévention et de réduction de la vulnérabilité des systèmes d'eau potable et d'assainissement en Amérique centrale et en République dominicaine; l'organisation d'un atelier sur la formulation de grandes lignes générales appelées à régir l'élaboration de plans d'eau potable et d'assainissement rural, et un atelier sur l'appui à la réforme et à la modernisation du secteur APS en Amérique centrale et en République dominicaine.

68. La lutte anti-tabac est une question de santé publique qui requiert des alliances entre les gouvernements et la société civile qui soient suffisamment solides et imaginatives pour contrecarrer les pressions exercées par les compagnies de tabac. Le rôle de l'OPS en tant que courtier et participant à ces alliances a exigé une délicate tentative d'atteindre un compromis pour assurer la confiance et la bonne foi continue des acteurs clés. Avec notamment la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte anti-tabac (CCLA), le processus inexploré d'élaboration de traité a créé des situations difficiles. Des efforts plus vastes et plus focalisés sur les plans multilatéral et bilatéral sont requis pour assurer et réaliser les extraordinaires progrès enregistrés l'année dernière en matière de santé publique dans le cadre de la lutte anti-tabac.

Services de diagnostic par imagerie et radiothérapie

La radiologie diagnostique conventionnelle – de base et spécialisée – la radiologie d'intervention, l'échographie et la médecine nucléaire diagnostique et la thérapeutique remplissent actuellement une fonction spéciale dans les processus cliniques de soins de santé. Le cancer est la deuxième cause de décès dans la majorité des pays de la région et l'on estime sur le plan international que la radiothérapie continuera de jouer un rôle clé dans son traitement au cours des prochaines décennies. Comparativement à d'autres modalités thérapeutiques, les coûts pour chaque patient traité sont relativement faibles si les équipements sont utilisés de manière optimale.

En 2004, l'OPS a activement participé à la promotion, l'organisation et le parrainage d'activités d'éducation comme l'Atelier de gestion technologique et d'ingénierie clinique au Nicaragua, le XI^e Congrès mondial de l'Association internationale de protection radiologique en Espagne, l'événement international marquant les 70 ans de l'Institut national de cancérologie en Colombie et le III^e Congrès ibéro-américain et de la Caraïbe de médecine physique au Brésil. De même, a été mise en route une initiative régionale de formation de radiologues en ultrasons, avec la coopération du Centre de collaboration *Jefferson Ultrasound Research and Education Institute* des États-Unis

À la demande des autorités de la santé, ont été évalués tous les services de radiothérapie aux Bahamas, au Costa et au Nicaragua. De surcroît, a été mis en route le LXXV^e Projet d'accord régional de coopération pour l'Amérique latine (ARCAL) de l'Organisme international de l'énergie atomique (OIEA) et dénommé *Détermination de niveaux de doses de référence en radiologie conventionnelle et interventionniste*. Ce projet couvre 11 pays. De même, une assistance technique a été fournie au Costa Rica et à El Salvador en vue de l'incorporation de la technologie dans les domaines du diagnostic et de la radiothérapie.

Protection contre les risques de radiation

Les avantages et les risques découlant des radiations, tant dans les applications médicales qu'industrielles ou de recherche sont bien connus. Le potentiel élevé de risque pour la santé qui accompagne cette technologie rend indispensable l'adoption de mesures spéciales pour la protection radiologique des patients, des travailleurs, du public et de l'environnement.

Les institutions internationales dotées de la compétence voulue dans ce domaine, entre autres l'OPS, ont adopté les Normes de base internationales de sécurité pour la protection contre la radiation ionisante et pour la sécurité des sources de radiation, lesquelles normes ont été appuyées par la XXIV^e Conférence sanitaire panaméricaine (résolution CSP24.R9), en tant qu'instrument de réglementation. En 2004, ont été révisées et envoyées des résolutions relatives aux règlements et législations aux Bahamas, au Honduras et au Panama.

En ce qui a trait à la sécurité des patients, en 2004, on a vérifié plus de 110 unités de radiothérapie dans la région au moyen du programme commun OIEA/OPS de vérification de dose au moyen d'une dosimétrie postale. Au sein des comités internationaux auxquels l'OPS participe en qualité de membre au niveau mondial, le Secrétariat du Comité interinstitutionnel de sécurité radiologique (IACRS) est entré en fonction.

69. En sus du **Brésil**, du **Canada** et des **États-Unis d'Amérique** qui ont commencé à adopter des politiques fermes de lutte anti-tabac en 2004 et ont continué à les renforcer, 19 pays des Amériques ont adopté des mesures pour encourager la lutte anti-tabac. Onze pays ont adopté des politiques locales ou nationales sans tabac, 9 ont adopté des mesures d'étiquetage compatibles avec les dispositions de la CCLA déjà mises en vigueur à Cuba et au Venezuela, 7 ont adopté des mesures substantielles pour interdire la promotion du tabac, mesures qui n'ont pas encore été mises en oeuvre et 3 pays ont augmenté les taxes sur les produits du tabac, bien que ces augmentations soient mineures. L'Uruguay est le pays qui a le plus rapidement et le plus intégralement intensifié ses efforts de lutte contre le tabac durant la période d'établissement du rapport.

70. L'OPS s'est consacrée à la lutte contre le tabac en gardant deux priorités à l'esprit: la CCLA et l'initiative d'une Amérique sans tabac. Les deux priorités se renforcent mutuellement en consolidant les capacités du gouvernement et de la société civile ainsi que la volonté politique de mettre en oeuvre des mesures effectives de lutte anti-tabac. Au mois de juillet 2005, 9 pays des Amériques avaient ratifié la CCLA-le Canada, le Chili, le Honduras, la Jamaïque, le Mexique, le Panama, le Pérou, Trinité et Tobago et l'Uruguay-et au moins trois autres avaient approuvé sa ratification-la Bolivie, le Guatemala et le Venezuela. Des partenariats novateurs et des efforts de collaboration au sein et entre les gouvernements, les organisations intergouvernementales et les organisations non gouvernementales ont vu le jour suite à ces efforts pour encourager l'adoption de la CCLA dans les Amériques et sa mise en oeuvre subséquente.

71. De même, l'initiative de l'Amérique sans tabac a réuni des représentants des administrations nationales et locales et des organisations non gouvernementales pour qu'elles participent aux ateliers de planification organisés par l'OPS dans 9 pays. Le processus de planification a couvert une vaste section de la société civile, y compris non seulement des groupes et des Ministères de la santé, mais également des syndicats d'enseignants, des universitaires, et des organisations environnementales, des groupes syndicaux et des membres des médias. La participation de la société civile au processus de discussions de la CCLA et la planification d'un environnement sans tabac a été importante. Le processus a attiré de nouvelles organisations non gouvernementales des Amériques dans la lutte anti-tabac, a réactivé d'autres et a ouvert un dialogue entre les organisations non gouvernementales et les gouvernements du même pays. Dans plusieurs cas, pour la première fois (de multiples ONG du Canada et des États-Unis; 33 organisations et coalitions représentant la société civile dans 17 pays de l'Amérique latine et de la Caraïbe, la plupart sous la couverture de l'alliance de la Convention-cadre (ACC); une coalition internationale de plus de 200 ONG provenant de plus de 60 pays et l'orientation de la *Interamerican Heart Foundation*). De surcroît, plus de 520 organisations professionnelles de la santé dans 30 pays à travers les Amériques ont conjugué leurs efforts pour appuyer les activités de lutte anti-tabac.

72. En **Argentine**, l'OPS a appuyé les travaux réalisés par les syndicats argentins anti-tabac (UATA en espagnol) qui représentent 239 professionnels, des membres de l'académie, des activistes et 58 associations professionnelles. Lors de la célébration de la Journée mondiale anti-tabac en 2005, l'alliance a publié les résultats d'un sondage national des étudiants en médecine effectué avec l'appui du CDC. L'alliance a également publié un ouvrage intitulé *Tobacco Consumption in Argentina, Disease, Incapacity and Death* et avec l'appui de l'OPS, l'alliance a aidé le Ministère de la santé et de l'environnement à promouvoir une nouvelle législation ainsi que la ratification d'accords internationaux. Les membres de l'alliance ont également fait des dépositions devant des commissions du congrès et donné des entrevues aux médias dans les provinces de Buenos Aires, Mendoza, Rio Negro et autres pour sensibiliser le public local à la lutte contre la consommation du tabac.

73. Avec l'assistance de l'OPS, les gouvernements des Amériques, comme le **Canada** et le **Venezuela**, le **Guatemala** et **Honduras** collaborent également sur une base bilatérale à la lutte anti-tabac. Les Gouvernements du MERCOSUR et les pays associés, avec la participation de l'OPS, travaillent conjointement pour mettre en oeuvre un plan commun d'actions visant à réduire l'utilisation du tabac. Des efforts communs de surveillance du tabac sont également en cours dans tous les pays des Amériques, grâce à la collaboration de tous les gouvernements de la région coordonnée par l'OPS et avec l'appui du CDC, de l'Association canadienne de santé publique, de l'Institut national de la santé publique au Mexique et d'autres centres de collaboration tels que l'Institut national du cancer du Brésil et l'Université John Hopkins. Dans le cadre de l'Initiative d'environnement sans tabac, l'OPS a activement réuni des organisations non gouvernementales et des gouvernements à divers échelons juridiques pour promouvoir un environnement sans tabac.

Coopération technique entre les pays : Un instrument effectif pour l'établissement d'alliances entre pays

74. Dans une large mesure, suite aux travaux réalisés par l'OPS avec les pays durant le siècle dernier, ceux-ci ont atteint un niveau de compétence dans la santé qui les habilite à coopérer directement l'un avec l'autre et à recueillir les fruits de cette excellence technique à travers le continent américain. La Coopération technique entre les pays, la stratégie lancée par l'OPS en 1998, cherche à aider à renforcer les capacités, à développer les ressources humaines et à renforcer les institutions dans les pays. Elle vise également à renforcer les rapports entre pays et à accroître les échanges techniques et scientifiques entre eux.

75. Les projets de la coopération technique représentent un exemple concret des avantages découlant de l'établissement de partenariats pour la santé. Durant la période 2004-2005, plus de 65 projets ont été soumis au Secrétariat. Ces projets couvrent la

majorité des pays de la région et il est important de souligner que, bien que les ministères de la santé demeurent les parties les plus responsables, durant ces dernières années, la tendance a été de diversifier le nombre d'acteurs et d'institutions, aux échelons national, aussi bien que local. Aujourd'hui, ces acteurs incluent: les universitaires et des centres de collaboration, d'autres secteurs (agriculture, éducation et questions féminines), municipalités, organisations de la société civile, associations professionnelles. Durant cet exercice biennal, des projets de coopération technique se sont essentiellement focalisés sur le développement durable et les interventions intersectorielles, l'information sanitaire et la technologie, l'accès universel aux soins de santé, la gestion des risques et le contrôle des maladies et la santé de la familiale et communautaire.

76. La plupart des projets de coopération technique entre les pays relèvent du développement durable et des interventions intersectorielles, étant donné qu'il s'agit d'une tendance marquée vers l'inclusion de la santé dans l'agenda international de développement. Par exemple, le **Brésil** et **Cuba** ont mis au point un projet de surveillance et de santé environnementale, en se focalisant sur les pratiques optimales en matière de qualité de l'eau destinée à la consommation humaine. Le Brésil tire avantage de la vaste expérience acquise par Cuba durant les situations d'urgence et les catastrophes naturelles dans le pays, ainsi que dans la mise en place de laboratoires nationaux. Cuba profite de l'expérience acquise par le Brésil en matière de détection de bactéries et de toxines.

77. **L'Argentine**, le **Canada**, le **Chili** et l'**Uruguay** ont focalisé leur coopération technique sur le développement de politiques globales de soins de santé des personnes âgées dans le long terme. Le projet vise à renforcer la capacité technique et les connaissances pour planifier, concevoir, mettre en oeuvre et suivre les politiques globales élaborées pour répondre aux besoins de secours de population. Des progrès ont été réalisés dans le Cône Sud et au Canada, mais le besoin se fait sentir encore d'une part, de mettre au point des protocoles d'accréditation et de normes de classement pour les maisons de retraite et autres facilités destinées aux personnes âgées, et d'autre part de développer des options axées sur la communauté pour les soins des personnes âgées et des handicapés.

78. En Amérique centrale, **El Salvador**, **Honduras** et **Nicaragua** participent à un projet de développement intégré de leurs populations respectives le long du Golfe de Fonseca. Le projet cherche à renforcer la capacité locale à travers la promotion de la santé et des interventions de prévention en vue de relever les conditions sanitaires et nutritionnelles dans les communautés frontalières. Le projet de coopération technique fournit une assistance technique et une formation en matière d'organisation locale, de formulation de projets sur une base participative et de gestion des projets; le projet appuie aussi le développement de projets macro de production et de projets de surveillance communautaire.

79. **La Dominique, Sainte-Lucie, Saint-Kitts-et-Nevis** collaborent avec la **Barbade, les Bahamas, Trinité-et-Tobago** et la **Jamaïque** à la mise en place d'un réseau de surveillance de leurs ports. Le projet cherche à étendre la fructueuse expérience réalisée dans ces pays et se focalise sur la réduction des risques pour la santé publique liés à la circulation des personnes et des marchandises. Le projet inclut la mise en place d'un système commun de surveillance et de contrôle en vue de prévenir les importations de pathogènes entre autres. Il inclut l'évaluation de programmes de santé dans les ports des pays participants et il forge des alliances politiques et adopte des grandes lignes communes en vue d'appuyer les systèmes de réglementation.

80. **Haïti** et l'**Uruguay** travaillent ensemble pour faire face à l'urgence sanitaire en Haïti. Le projet cherche à renforcer la participation de l'Uruguay à la force de maintien de la paix des Nations Unies, et il se focalise sur deux domaines: incorporation de deux équipes uruguayennes de santé, et appui à la conception et la mise en oeuvre d'un projet sanitaire de grande échelle devant être financé par des institutions multilatérales.

81. Dans le domaine de l'information et de la technologie sanitaire, l'**Argentine** et le **Venezuela** collaborent à un projet visant à renforcer leur surveillance de la résistance aux antibiotiques. **La Barbade, les Îles Vierges britanniques, le Guyana, la Jamaïque, Saint-Vincent et Grenadines** mettent en oeuvre un système commun d'informations périnatales avec l'appui de l'hôpital Université des Antilles et CLAP. En ce qui concerne l'accès universel aux services de santé, le **Mexique** et le **Costa Rica** collaborent à l'échange d'informations et de la coopération technique au sujet de l'arbitrage médical en mettant un accent particulier sur la qualité des services de santé et les systèmes de surveillance entre autres.

82. Dans le domaine de la santé familiale et communautaire, **Cuba** et **Panama** et la **République dominicaine** participent à un projet visant à renforcer la composante de santé mentale dans les services de soins primaires de santé. Le projet se focalise principalement sur l'échange de données d'expériences et de technologie particulièrement dans l'organisation des services de santé mentale et à travers des soins primaires renforcés. La **Colombie** et l'**Équateur** collaborent à un projet visant à améliorer les systèmes de santé dans les régions métropolitaines de Quito et de Bogotá. Le projet se focalise surtout sur la prévention de la violence et la sécurité.

83. La diversité et la qualité des présents projets de coopération technique démontrent les avantages pour les autres pays des capacités existantes et des expériences dans la région. Les projets de coopération technique a créé un vaste réservoir de connaissances, en améliorant les relations entre les pays et en renforçant les processus de développement national, ce qui contribue à la solution de problèmes communs, en encourageant la coordination intersectorielle et la formulation de politiques publiques et sensées.

LISTE DE PROJETS DE COOPÉRATION TECHNIQUE ET PAYS PARTICIPANTS POUR LA PÉRIODE 2004-2005

Pays Participants	Projet	Pays Participants	Projet
ARG-BOL	Développement du secteur thématique AIEPI dans le cadre du projet de bibliothèques virtuelles des sociétés de pédiatrie	ARG-CHI-URU-CAN	Soins intégrés et à long terme pour les personnes âgées non autonomes
ARG-NIC	Caractérisation et études de la capacité de clonage du <i>Vibrio cholerae</i> et <i>Escherichia coli</i> .	ARG-VEN	Renforcement de la surveillance de la résistance aux antibiotiques
BAR- BAH DOM- JAM- SAL-SCN- TRT	Système de surveillance dans les ports	BAR-BVI- GUY-JAM- SAV	Mise en place d'un système d'information périnatale
BLZ-COR	Transfert de connaissances et d'expériences en matière d'agriculture saine et d'innocuité des aliments	BLZ-JAM	Renforcement des programmes nationaux d'innocuité des aliments
BOL-COL	Renforcement de la surveillance des pesticides en santé publique	BOL-CUB	Échange de données d'expériences sur l'intégration de la médecine traditionnelle aux systèmes nationaux de santé
BOL-PAR	Contrôle de la fièvre aphteuse	BRA-CHI	Renforcement du patrimoine culturel
BRA-COR	Renforcement des modèles nationaux de promotion et de protection de la santé des populations autochtones	BRA-CUB	Projet de surveillance de la santé et l'environnement
COL-CUB	Amélioration de la couverture et de la qualité du système d'information sur le taux de mortalité maternelle périnatale	COL-ECU	Systématisation et échange de données d'expériences sur l'organisation et la gestion des services de santé décentralisés pour les populations autochtones
COL-ECU	Systématisation d'expériences en politiques saines et renforcement des systèmes de santé dans les régions métropolitaines de Quito et Bogotá	COL-ELS	Eau et assainissement dans les situations d'urgence
COL-ELS	Systématisation et échange de données d'expériences dans l'établissement de stratégies de rééducation de base communautaire	COR-MEX	Échange et coopération dans le domaine de la santé en matière d'arbitrage médical
BAH-CUB	Renforcement des services d'appui à la fourniture de soins de santé aux Bahamas	CUB-DOR- PAN	Renforcement de la composante des services de psychiatrie dans les soins primaires de santé

LISTE DE PROJETS DE COOPÉRATION TECHNIQUE ET PAYS PARTICIPANTS POUR LA PÉRIODE 2004-2005 (suite)

Pays participants	Projet	Pays participants	Projet
CUB-ECU	Espace et ressources de gouvernance pour le développement durable et la qualité de la vie	CUB-HON	Surveillance clinique, épidémiologique et microbiologique de la leptospirose humaine
CUB-NIC	Surveillance épidémiologique et entomologique de la dengue et de la malaria au Nicaragua à la lumière de la situation d'urgence causée par la dengue	COR-ECU	Modèle de soins intégraux de santé
ELS-GUT-NIC	Restructuration des services et formulation d'une modèle de santé mentale communautaire	ELS-HON-NIC	Développement du Corridor social du Golfe de Fonseca
ELS-GUT-HON	Prévention et contrôle de la transmission de la maladie de Chagas	GUT-MEX	Réduction des risques de transmission de la rage canine à la zone frontalière
HAI-URU	Urgence sanitaire en Haïti	HON-NIC	Rééducation des personnes handicapées par le syndrome de décompression aiguë dans la région de la Mosquitia
NEA-VEN	Développement de la salle de situation liée à la gestion des services de santé	COR-PAN	Renforcement de la surveillance épidémiologique au moyen d'un réseau d'information et de communication de la zone frontalière
PAR-URU	Renforcement de la gestion du Sous-Groupe de travail 11 « Santé » du MERCOSUR.		

Intervention commune dans le cadre des préparatifs, de l'atténuation, et de la réponse en cas de catastrophes

84. Les catastrophes transcendent les frontières géographiques et politiques. Lorsqu'une catastrophe se produit, ses répercussions atteignent généralement plus d'un pays et se font sentir à travers le secteur de la santé. Par conséquent, les préparatifs en cas de catastrophe, l'atténuation et les activités de réponse doivent être abordés à partir d'une perspective régionale et conjointement avec des partenaires. Durant 2004, il s'est produit un accroissement sensible du nombre d'accords officiels de coopération sous-régionale qui couvrent les préparatifs et l'atténuation des catastrophes, suite à des initiatives lancées dans un passé récent. Ce processus est particulièrement important parce qu'il renforce la position du Ministère de la santé et donne de la légitimité au besoin de gérer et de réduire les incidences des catastrophes sur le secteur de la santé. Une stratégie fructueuse a été d'appuyer des mécanismes d'intégration sous-régionale en vue d'inclure

dans les agendas politiques d'autres secteurs les préparatifs et la réponse dans les cas de catastrophes en ce qui concerne la santé. Comme conséquence de cette approche, les nations centraméricaines ont approuvé en 2003 un *Plan sous-régional de catastrophes pour le secteur de la santé*. Ce plan a entériné la coopération technique dans les situations de catastrophe en vue d'assurer une réponse opportune, organisée et efficiente. Dans ce cadre, en 2004, ces pays ont étendu leur coopération pour inclure d'autres questions.

85. Un autre domaine qui a aidé à renforcer la coopération technique entre les pays a été la gestion des matériels dangereux. L'examen de cette question a été encouragé à travers des cours organisés à Sao Paulo, Brésil par le CETESB² ainsi que par le Centre de collaboration de l'OPS/OMS pour les préparatifs dans les cas d'urgence chimique et la réponse y afférente. Un groupe d'anciens participants panaméens à ce cours, avec l'appui de l'OPS, a mis au point une initiative nationale qui, en 2004, de l'initiative Panama-OPS-CETESB, est devenu un Plan centraméricain-, d'une question de santé intéressant un pays à un engagement multisectoriel d'intégration centraméricaine. L'intérêt des ministres de la santé a graduellement impliqué les institutions responsables de la gestion environnementale au SICA.³ Après plusieurs mois de négociations et de partage de données d'expériences encouragées et supportées par l'OPS, les ministres de la santé d'Amérique centrale et de la République dominicaine ont approuvé le Plan sous-régional de gestion intégrée de matériels dangereux. Cet accord inclut la participation des secrétaires de l'Agriculture, des secrétaires de l'environnement et du programme de gestion des déchets chimiques relevant de l'UNITAR⁴.

86. À l'instar des années précédentes, la mission du Centre régional d'informations sur les catastrophes (CRID) a continué d'étendre ses activités au-delà de sa mission originelle qui était de recueillir et de diffuser des informations relatives aux catastrophes. En 2004, le CRID a consolidé des alliances avec plusieurs partenaires d'experts, y compris la Bibliothèque nationale de médecine (NLM), DIPECHO (Programme de préparation aux désastres de l'Union européenne), le réseau d'informations de la Caraïbe sur les catastrophes (CARDIN), l'Université des Antilles, le Centre régional d'information sur les sciences de la santé (BIREME), les ministères de la santé et les commissions nationales d'urgence dans les Amériques, lesquels ont tous permis au CRID d'élargir son réseau de distribution à un coût relativement faible.

² CETESB – Compagnie de technologie de l'assainissement environnemental du Secrétariat d'État de l'environnement du Gouvernement de l'État de São Paulo.
(www.cetesb.sp.gov.br/emergencia/emergencia.asp).

³ Le Système d'intégration centraméricain.

⁴ Institut des Nations Unies pour la formation et la recherche.

87. À l'échelle nationale, en raison de multiples acteurs engagés dans des activités humanitaires et des efforts en cours en **Colombie** pour affronter les questions liées à la famille, à la santé et au déplacement de personnes, un plan d'action humanitaire a été mis sur pied en 2004. Il représente un effort conjoint entre le gouvernement de la Colombie, les groupes humanitaires de la société civile, les donateurs et le système des Nations Unies en vue de contribuer de manière coordonnée à une réponse aux besoins de santé des populations vivant dans ces conditions.

88. Pendant plus de 20 ans, la Coopération suisse (COSUDE) a travaillé dans des régions rurales au **Pérou** pour construire ou réhabiliter les services d'eau potable et d'hygiène, fournir une formation à l'échelon de la communauté et encourager la participation communautaire à la planification, la construction et l'opération de ses systèmes. Considérant que le Pérou est hautement vulnérable à différents types de dangers naturels et que de nombreuses personnes dans ces communautés dans lesquelles COSUDE travaille sont situées dans ces zones à haut risque, l'OPS/OMS travaille avec les programmes d'aide humanitaire du COSUDE dans cette région pour incorporer la réduction des risques dans leurs projets. L'OPS/OMS et COSUDE ont tous deux affecté des ressources à l'OPS pour développer des matériels propres à faciliter la participation communautaire à l'identification des dangers dans les zones où les systèmes d'eau potable seront construits. Du matériel additionnel de référence sur la gestion des risques dans les systèmes ruraux d'eau potable et d'hygiène sont en cours de préparation et des techniciens professionnels qui prendront charge de ces projets font l'objet d'une formation.

89. Une série de situations d'urgence en **Haïti** en 2004- tout d'abord les troubles civils causés par le départ de l'ancien Président Aristide en février, suivis d'une sévère inondation vers le milieu de l'année et finalement les incidences de l'ouragan Jeanne en septembre- ont faciliter une focalisation sur les besoins d'établir un équilibre entre les



**Le Système de logistiques interinstitutions agit
comme instrument de coordination**

Le logiciel LSS (conçu sur la base des systèmes originaux UNJLC et SUMA) porte spécifiquement sur les fonctions de coordination (aux échelons national et international) qui ne sont pas couverts par d'autres systèmes de localisation de produits ou engagés par des acteurs humanitaires plus importants. LSS peut jouer le rôle d'instrument de contrôle d'inventaire pour les institutions de petite taille (y compris les institutions nationales) qui ne peuvent se permettre le coût ou les ressources humaines requises par les présents systèmes de localisation des produits. LSS comporte deux volets, une application basée sur Windows qui peut fonctionner comme un module indépendant ou en réseau et une application basée sur le Web. L'utilisation de l'une ou l'autre application ou une combinaison des deux dépendra des conditions prévalant lors d'une situation d'urgence et des ressources disponibles. Le logiciel LSS peut fonctionner avec les données inscrites directement dans la base de données ou avec l'information recueillie

situations d'urgence et le développement. Vers la fin du mois de mai, de lourdes pluies et une inondation ont affecté environ 25.000 personnes dans le sud-est d'Haïti. L'OPS travaille conjointement avec Médecins sans frontières, Médecins du monde, le Comité international de la Croix Rouge et la Fédération des sociétés de la Croix Rouge pour lancer rapidement des interventions médicales et psychosociales, tandis que les ONG comme l'OXFAM, préparent des programmes d'eau et d'assainissement. En 2004, une rébellion forçait le Président d'Haïti à quitter le pays; un gouvernement intérimaire assumait le pouvoir et une force de stabilisation multinationale des Nations Unies était déployée pour rétablir la loi et l'ordre. La Communauté internationale a apporté une réponse massive à cette situation d'urgence et l'OPS participe activement à la mission des Nations Unies pour une évaluation humanitaire en Haïti. Il a aidé le gouvernement intérimaire avec la coordination des efforts nationaux et internationaux déployés dans le domaine de la santé après la rébellion et durant la période subséquente à la situation d'urgence.

90. À la requête du gouvernement intérimaire et en réponse aux besoins identifiés dans l'évaluation humanitaire, la communauté internationale a par la suite annoncé son support à la relance économique d'Haïti lors d'une conférence internationale en avril 2004 ; elle a ensuite mis en route un processus de planification commune comprenant les autorités nationales et locales, la société civile, les donateurs et les institutions de coopération. Le processus de planification du *Cadre de coopération intérimaire* (CCI) comprenait la BID, les institutions des Nations Unies, la Banque mondiale et la Commission européenne (EC), les autorités locales et les organisations non gouvernementales. L'OPS/OMS a été le point de focalisation au sein du Comité directeur du CCI pour le groupe thématique sur la santé et la nutrition et elle a fourni un appui technique aux autorités gouvernementales pendant la planification et l'affichage des coûts pour la santé et la nutrition ainsi que pour l'eau et l'assainissement.

91. Le 17 janvier 2005, de fortes pluies et des inondations subséquentes, sans précédent au **Guyana**, ont affligé le pays, provoquant des effets dévastateurs sur la côte est de Demerara. Il est estimé que plus de 270 000 personnes ont été sévèrement affectées. L'OPS a fourni son appui intégral au Groupe de travail sur la santé mis sur pied par le Ministère de la santé. Des campagnes de sensibilisation du public et d'éducation ont été lancées au sujet de l'eau potable, des soins sanitaires, de l'hygiène personnelle, de la prévention de la diarrhée, de la réhydratation orale et du nettoyage après les inondations. L'OPS a également aidé à mobiliser des ressources à travers les Nations Unies pour un appel urgent en faveur du Guyana.

Bahamas: Réponse aux ouragans Frances et Jeanne en relation avec la santé

L'ouragan Frances a traversé les îles situées au nord-ouest des Bahamas en tant que qu'ouragan de la classe 2, avec des vents de 176 km/h les 2 et 3 septembre 2004. Les îles Abacos et Grand Bahama ont été le plus touchés par l'ouragan. Quelques semaines plus tard, le 25 septembre 2004, l'ouragan Jeanne de la classe 3 avec des vents allant jusqu'à 208 km/h accompagnés de fortes pluies, survolait les mêmes îles. Les deux ouragans ont causé des dommages sévères aux communautés pauvres et vulnérables.

Dans le cadre de la réponse de l'Organisation, un appui a été fourni au Ministère de la santé pour la préparation d'une proposition destinée au Bureau d'aide humanitaire de la Commission européenne (ECHO) en vue de fournir une assistance d'urgence visant à réduire les risques à la santé qui se posaient pour les populations vulnérables dans les îles touchées. Les communautés visées par le projet étaient situées dans la région connue sous le nom de Eight-Mile-Rock à Grand Bahama, avec une population d'environ 8.500 habitants (la population totale de Grand Bahama se porte à 46.954 selon le recensement de 2000) et les communautés de MUD, Pigeon Peas, et Sand Bank situé sur l'île Abaco avec une population d'environ 4.000 à 5.000 personnes (population totale d'Abaco: 13.170 habitants selon le recensement de 2000). Ces communautés comportent une forte proportion d'immigrants venant d'Haïti et d'autres pays. Les principaux volets du projet ont été les suivants: gestion des déchets solides, contrôle des vecteurs, promotion de la santé et éducation.

Le succès de ce projet s'est traduit par un partenariat continu entre l'institution de financement ECHO et l'institution d'exécution l'OPS. La Croix Rouge des Bahamas, à travers sa succursale à Abaco, appuyait déjà les efforts immédiats de secours à l'intention des communautés et elle a continué à prêter son appui à travers ce projet. Finalement, les communautés elles-mêmes ont saisi l'occasion pour améliorer leurs connaissances de la santé et leurs conditions de vie.

Aide au développement et partenariats stratégiques pour la santé

92. La coopération internationale dans son ensemble connaît des changements substantiels qui posent d'importants défis pour les institutions du secteur de la santé dans les pays de la région. Par exemple, l'harmonisation et l'ajustement de la coopération internationale tendent à appuyer des approches à l'échelle du secteur et un financement par des budgets nationaux. En même temps, la tendance est de créer de nouvelles entités ou des alliances globales pour affronter des questions spécifiques de santé, quelquefois en parallèle, quelquefois en sus des institutions de santé nationales et internationales. Le nouveau scénario exige une plus ferme direction et coordination du secteur et une coopération internationale de la part des ministères de la santé.

93. Les contributions nettes au titre de l'assistance officielle au développement connaissent une augmentation dans le monde. Ces contributions ont grossi pour passer de

69 milliards de dollars EU en 2003 à 78.5 milliards de dollars EU en 2004. Cette tendance à l'assistance au développement reflète dans une bonne mesure les engagements pris en faveur du financement du développement à la Conférence de Monterrey tenue en 2002. La coopération internationale en matière de santé a également connu une augmentation au moyen d'initiatives mondiales comme l'alliance globale pour les vaccins et les immunisations (GAVI et GAFTM). La part régionale de l'aide officielle au développement (ODA) d'autre part a chuté pour passer de 11 pour cent en 2001 à 8 pour cent en 2003, suite à la mobilisation des ressources internationales pour l'Afrique, l'appui aux économies de transition en Europe de l'Est et la demande d'efforts humanitaires de secours comme le tsunami en 2004 et la reconstruction en cours au Moyen-Orient. On s'attend à ce que cette tendance se poursuive à travers le prochain exercice biennal.

94. En réponse à cette situation, l'OPS s'efforce d'optimiser la mobilisation des ressources au moyen de l'établissement d'alliances et de partenariats stratégiques en vue de renforcer l'impact des programmes de santé sur la région et la promotion de la santé aux échelons régional, sous-régional et national. Un élément clé de cet effort a été l'identification d'intérêts et de questions stratégiques communs entre les institutions bilatérales, les États membres et l'OPS. L'OPS a également pris en compte les questions émergentes telles que les Objectifs de développement du Millénaire, la prolifération d'acteurs dans le secteur de la santé, l'harmonisation internationale et les efforts d'ajustement entre autres. Le nouveau type d'alliances découlant de ces questions requiert une transition d'une focalisation sur un seul projet à une approche d'un support de programme plus global. Cette approche qui a commencé avec l'Agence norvégienne pour le développement (NORAD) en 2002-2003 a connu une expansion constante durant cette période et inclut maintenant la collaboration de l'OPS avec l'Agence canadienne pour le développement internationale (CIDA), l'Agence suédoise de développement (SIDA), l'USAID et l'Agence espagnole de coopération internationale (AECI). La décision a été prise d'étendre cette collaboration complètement comme base d'efforts de mobilisation de ressources externes en 2006-2007.

Appui de l'OPS à des pays clés et le jour du Guyana

Guyana, l'un des cinq pays clés de l'OPS/OMS, accuse l'un des taux les plus élevés de pauvreté parmi les pays du continent américain. Au nombre des défis qui se posent pour son développement critique, figurent les conflits politiques, la violence, la pauvreté généralisée, l'injustice, et les disparités entre les groupes socio-ethniques et géographique. Le Guyana est également affecté par une migration substantielle de cadres, notamment de professeurs et de professionnels de la santé.

Le Représentant de l'OPS/OMS au Guyana, et l'Ambassade du Guyana à Washington, D.C., ont organisé le « Jour du Guyana » qui a pris place après le 45^e Conseil directeur, du 27 septembre au 1^{er} octobre 2004. Les participants comptaient parmi eux le Ministre de la Santé, des représentants d'organismes de développement, des institutions financières et des ONG ayant des bureaux à Washington, D.C. Un Groupe de travail composé de représentants d'unités techniques et administratives de l'OPS et de l'OMS a été formé; son objectif est d'appuyer et de faciliter l'exécution et le suivi de la SCC. Le Groupe de travail rendra compte périodiquement à un groupe d'appui plus large de partenaires extérieurs, et aux autres groupes internes travaillant au développement de politiques qui auraient un impact sur le Guyana.

Une deuxième journée du Guyana a été organisée durant l'Assemblée mondiale de la santé en mai 2005. Le Ministre de la santé a remercié l'OMS et l'OPS de leur focalisation sur le Guyana et a fait un exposé sur les progrès réalisés et les enjeux qui se posent pour le pays en matière de santé. Le Plan stratégique national du Guyana pour la coopération 2004-2007 inclut les travaux dans les domaines suivants : le courtage; la facilitation de partenariats avec d'autres institutions en réponse aux questions de santé publique; la défense, les moyens d'influencer la politique; les recherches et l'analyse; l'appui aux décisions et à la planification axée sur les preuves; le partage d'information et les connaissances en vue de promouvoir des conditions de vie saine; l'appui aux programmes de planification et de mise en œuvre; la mobilisation des ressources et une surveillance et un suivi axés sur l'équité.

95. La confiance des donateurs dans les systèmes de la planification financière et de contrôles internes s'avère essentielle à l'expansion d'une approche programmatique. Le CIDA et SIDA ont mené leur propre évaluation indépendante des systèmes de l'OPS en 2004. Ces efforts se sont révélés positifs. Le CIDA par exemple a conclu que « une relation plus stratégique est souhaitable et peut être établie. Reconnaissant que toutes les organisations font face à des enjeux permanents, l'OPS est bien respectée dans la région et son personnel et les systèmes sont aussi compétents et dans certains cas, mieux que ceux d'autres organisations multilatérales. » Le SIDA a conclu que: « nonobstant le fait que l'OPS fasse partie de l'OMS, à plusieurs égards, elle se projette comme une organisation régionale sûre d'elle-même et indépendante. Elle est plus large que plusieurs organisations et institutions globales des Nations Unies, et avec ses 102 ans de services, elle se place parmi les institutions multilatérales les plus anciennes » . . . « l'OPS est une

organisation dotée d'une vision lucide et d'un mandat clair et net ; elle maintient des rapports de travail bien établis avec les gouvernements et institutions nationaux et les ministères de la santé. Elle partage cette vision stratégique « rationnelle et moderne avec d'autres organes fonctionnels des Nations Unies, établissant une focalisation claire en termes de rapports axés sur une vision, un objectif et une stratégie qui peuvent seulement faire l'envie d'autres institutions de développement bilatérales et multilatérales ».

96. En ce qui concerne l'harmonisation et les efforts d'ajustement et suite aux grandes lignes de politiques émanées des conférences de Rome et de Paris en 2003 et 2005 respectivement, l'OPS, en collaboration avec d'autres institutions du système des Nations Unies, a pris part à l'Atelier régional d'harmonisation et d'ajustement pour l'Amérique latine et la Caraïbe tenu au Honduras en novembre 2004. De surcroît, un atelier sur l'harmonisation et la coordination de la coopération internationale et des approches de secteur pour atteindre les Objectifs de développement du Millénaire en ce qui a trait au secteur de la santé, a été organisé au Nicaragua en décembre 2004 avec la participation de neuf pays venant de la région; des Ministères de la santé du Nicaragua et d'Haïti; des représentants d'institutions bilatérales et multilatérales, les Nations Unies et le personnel des institutions nationales de santé. L'atelier a souligné le besoin d'incorporer la santé comme un élément clé des plans nationaux de développement et du leadership du secteur dans l'harmonisation nationale et le processus d'ajustement.

Organisme interinstitutions de santé en Bolivie

Sous la présidence du Ministère, il a été constitué une commission interinstitutions de santé. L'initiative a pour objectif de renforcer le leadership du ministère de la santé en vue de coordonner et d'harmoniser les activités des différents organismes de coopération internationale présents dans le pays. À ces fins, la commission s'est réunie régulièrement chaque mois ou deux fois par mois pour examiner un programme de questions qui couvrent les différentes priorités nationales tant dans le court terme que dans les moyen et long termes. La situation est présentée avec la réponse nationale et une analyse est menée de la contribution que peuvent apporter les différents organismes. De même, les critères liés aux politiques de santé sont partagés.

Les différents organismes établis en Bolivie et qui mènent des activités de coopération dans la santé participent à l'organisme interinstitutions de santé. Les membres actuels sont les représentants des organismes de coopération de la Belgique, du Canada, de l'Espagne, des États-Unis, de la France, de l'Italie, du Japon, du Royaume-Uni, et de la Suède, ainsi que de la Banque mondiale, la BID, la Commission européenne, la FAO, la PMA, l'UNDP, l'UNFPA, l'UNICEF, la UNOD et l'OPS/OMS.

Le principal avantage découlant de l'organisme interinstitutions est la circulation de l'information entre les différentes parties intéressées. De cette manière le ministère de la santé fait parvenir son point de vue sur les besoins nationaux à l'ensemble des organismes de coopération internationale et en outre il lui est permis d'expliquer les actions entreprises sous sa direction. En même temps, l'occasion est offerte de recueillir les éventuelles inquiétudes exprimées par ces organismes. De même, quelques organismes ont pu orienter leurs actions à court terme pour répondre aux situations critiques. Cependant, en raison des cycles de programmation des organismes participants, il n'est pas toujours possible d'introduire rapidement des ajustements aux projets de coopération qui sont le fruit de négociations relativement longues. La présence de ce groupe s'est révélée un élément facilitateur lors des changements institutionnels qu'a connu le pays au cours de ces derniers temps.

97. Prenant en compte que le développement d'alliances stratégiques et la mobilisation des ressources se font de plus en plus à l'échelle nationale, l'OPS a procédé à l'établissement d'un réseau de communications entre les bureaux des relations internationales dans des ministères de la santé à travers la région. En décembre 2004, à travers l'initiative émanée du Ministère péruvien de la santé et avec l'appui de la Commission européenne, une réunion sous-régionale des bureaux des relations internationales a été tenue.

BRÉSIL: FORMATION DE GROUPES THÉMATIQUES

Après la réunion de Panama, au cours de laquelle a été définie la nécessité de créer des équipes interinstitutions dans des pays choisis pour donner suite aux engagements de définir la vision commune du pays dans le cadre du Système d'évaluation commune pour les pays (CCA), et la planification commune d'actions de coopération pour le pays, dans le cadre de l'Assistance des Nations Unies pour le développement (UNDAF), face la suggestion faite par le coordinateur résident du Système à l'équipe d'appui aux pays (UNCT) créé par les Nations Unies, l'OPS et son représentant ont assumé la responsabilité de la coordination du Groupe interinstitutions pour le CCA/UNDAF.

Durant le processus de réforme du système des Nations Unie, et dans le cadre du suivi de l'initiative de l'UNDG pour la mise en place des services communs des pays, le 25 mai 2005, a été créée au Brésil l'Équipe d'opérations et de gestion (OMT- *Operation and Management Team*), sous la présidence de l'OPS. L'Équipe a permis d'assurer la continuité des activités du Groupe d'administrateurs et d'institutions. Le Groupe a été créé en 2004, sur la proposition de l'OPS en vue d'identifier des synergies et l'efficacité à travers les négociations communes avec les fournisseurs, partager les ressources et l'information sur les modalités administratives. En mai dernier, il a été tenu un atelier de révision de l'initiative des services communs qui a identifié les questions à traiter et a défini le système de communauté virtuelle comme méthodologie de travail visant à faciliter la participation des fonctionnaires situés en dehors de la ville de Brasilia.

Avec la définition et le consentement de l'UNCT, et l'OPS étant le dirigeant et le président du groupe CCA/UNDAF, il a été décidé d'établir une participation coordonnée entre tous les organismes du Système des Nations Unies pour lesquels cet exercice est obligatoire (PNUD, UNICEF, UNFPA et PMA (le PMA n'a pas de représentation au Brésil) et l'OPS. D'autre part, les institutions suivantes: UNDOC, CEPAL, OMM, PNUMA, UNESCO, OIT, UNUSIDA, FAO et UNIFEM, se sont joints à cet exercice.

La position de l'Organisation a été renforcée au sein du Système des Nations Unies, ainsi que la vision des autorités nationales au sujet du rôle de leadership de l'OPS dans le domaine de la coopération.

Les efforts de l'UNDAF permettra d'une part que l'OPS partage des responsabilités dans le cadre de la coopération générale du Système avec le Brésil et que d'autre part, elle aide à conjuguer les efforts individuels dans la recherche d'un front commun entre ces organismes pour qu'ils se présentent comme une seule entité devant les institutions internationales..

Renforcement des institutions pour le 21e Siècle

98. Durant les deux dernières années, la question des changements institutionnels a été discutée en détail. Ces discussions ont inclus le personnel, le système utilisé à l'OMS en général, d'autres institutions des Nations Unies, les États membres et en particulier le Groupe de travail de l'OPS sur le 21e Siècle. Dès le début du processus, des groupes

consultatifs de travail ont été organisés pour remanier les procédures et les grandes lignes internes et pour contribuer à ce processus.

99. Le 44e Conseil directeur de l'OPS a demandé au Comité exécutif de créer un groupe de travail chargé d'examiner la situation de l'OPS au 21e Siècle. Pour donner suite à ce mandat, le Comité exécutif a formé un Groupe de travail composé de l'Argentine, de la Barbade, du Costa Rica, de Cuba et du Pérou en qualité de membres. Le Groupe de travail a élu le Ministère de la santé de la Barbade comme Président. Le Groupe a tenu six réunions durant lesquelles il a identifié les principaux enjeux qui se posent sur la santé publique dans la région, ainsi que le rôle de la coopération internationale dans leur approche.

100. Le rapport final du Groupe de travail a reflété les vastes discussions liées aux enjeux qu'affronte l'OPS/OMS et les réponses requises. Le rapport traite des nouvelles fonctions et responsabilités requises pour faire face à ces enjeux émergents durant les prochaines années, identifiant les questions de santé publique à l'échelle régionale, les tendances de la coopération internationale ainsi que le rôle de l'OPS. Le rapport fait également état de la gouvernance institutionnelle, des ressources humaines et financières, des approches stratégiques de la coopération technique. Le rapport contient un chapitre spécifique qui formule des recommandations portant sur des questions telles que les biens de santé publique, la science, la technologie et la recherche; le développement de partenariats et d'alliances; de nouvelles modalités d'octroi de la coopération technique.

101. Suite à la présentation de la Stratégie de gestion pour la mise en oeuvre du Plan stratégique de l'Organisation panaméricaine de la santé pour 2003-2007, le Directeur a présenté une Feuille de route des changements à introduire au sein du Secrétariat. Les deux documents précisent les secteurs visés aux fins d'amélioration et de changements : les ressources humaines, la planification, l'évaluation et les processus de gestion. La proposition a initialement décrit quatre objectifs internes pour les changements institutionnels: i) une coopération focalisée sur le pays et une plus grande intégration entre et au sein de plusieurs échelons administratifs, y compris l'OMS; ii) une capacité renforcée d'agir comme forum régional pour les discussions et la formulation de politiques de santé publique; et iii) une plus grande disponibilité de données sur la santé et l'information relative à la santé publique en appui à la formulation de politiques, au développement de programmes et à un apprentissage continu aux fins de la production, de l'échange et de l'analyse d'information, l'établissement de réseaux et l'établissement d'alliances; et iv) la création d'un environnement propice à l'innovation lors de la fourniture de la coopération technique.

102. La Feuille de route pour la transformation institutionnelle est un instrument de gestion et de communication soulignant les changements institutionnels clés qui s'avèrent importants pour l'OPS. Les onze initiatives qui y sont indiquées représentent des projets

ajustés aux cinq changements organisationnels décrits dans la vision et la stratégie de l'OPS. La Feuille de route offre un plan d'action et un cadre visant à assurer que ces importants changements institutionnels sont mis en oeuvre et gérés de manière ouverte, en collaboration et en transparence, à titre de projets de changement de société. La Feuille de route est conçue pour encourager de nouveaux comportements culturels et de direction.

103. La feuille de route est en voie d'élaboration depuis plusieurs mois et compte avec la contribution de plusieurs parties à travers l'Organisation. Le contexte global des changements institutionnels a été influencé par la nouvelle politique budgétaire régionale et les délibérations du Groupe de travail de l'OPS sur le 21^{ème} siècle.

104. Les dirigeants d'équipe ont été choisis en dehors des cadres traditionnels de gestion pour chaque projet, dans un effort d'élargir les perspectives au sujet de chaque initiative. Ils travaillent avec les membres de l'équipe venant de diverses fonctions et de locations pour renforcer et mettre en oeuvre chaque initiative.

Initiatives de la Feuille de route

1. **COOPÉRATION FOCALISÉE DANS LES PAYS** : Renforcer la pertinence, l'efficacité et l'efficacité de l'OPS/OMS pour répondre aux besoins nationaux et sous-régionaux de développement sanitaire; et faciliter la participation plus performante des pays à la santé internationale et aux débats et accords internationaux.
2. **EXAMEN DE L'ORGANISATION DE CSU** : Veiller à ce que l'Unité d'appui aux pays (CSU) assure la coordination efficace de l'appui institutionnel des pays et travaille conformément à la stratégie de coopération axée sur les pays.
3. **PROGRAMMES RÉGIONAUX** : Définir le cadre de l'orientation et les critères opérationnels pour l'élaboration et la mise en oeuvre des programmes régionaux.
4. **FORUM RÉGIONAL** : Formuler une proposition en vue de l'établissement et du développement du Forum pour la santé publique dans les Amériques.
5. **APPLICATION DE STRATÉGIES DE GESTION DE LA CONNAISSANCE** : Améliorer la capacité de l'OMS en sa qualité d'organisation basée sur la connaissance et réduire la brèche entre le savoir et le faire au sein des pays de la région et entre ces pays eux-mêmes.
6. **CRÉER DES COMPÉTENCES POUR LE LEADERSHIP, L'APPRENTISSAGE ET LE DÉVELOPPEMENT** : Améliorer la capacité et les moyens de leadership en matière publique pour concrétiser la vision de l'OPS.
7. **PERFECTIONNEMENT DE LA STRATÉGIE DE MOBILISATION DES RESSOURCES** : Veiller à ce que la mobilisation efficace des ressources visant à appuyer les priorités programmatiques et dans ce climat de ressources en mutation constante.
8. **ÉLABORATION ET APPLICATION DE LA STRATÉGIE DE GESTION DU CAPITAL HUMAIN**: Établir le capital humain comme principale ressource de l'OPS et améliorer la capacité de l'Organisation à donner suite à ses engagements envers les partenaires, organes directeurs et donateurs.
9. **AMÉLIORATION DES NORMES DE RESPONSABILITÉ ET DE TRANSPARENCE** : Renforcer la responsabilité individuelle et institutionnelle au moyen de normes et de procédures clairement définies.
10. **APPLICATION D'UNE STRATÉGIE DE COMMUNICATION INTERNE POUR LA MOBILISATION DE L'ORGANISATION**: Établir un compromis au niveau de toute l'Organisation avec la vision, la mission et les valeurs de l'OPS.
11. **RENFORCEMENT DE LA COMMUNICATION EXTERNE** : Situer l'OPS dans un lieu plus prépondérant entre ses constituants clés et chercher à obtenir l'appui pour les objectifs stratégiques de l'Organisation.

Acronymes utilisés dans le présent document

APROFAM	Asociación Pro-Familia
BMSF	Bristol Myers Squibb Foundation
CAREC	Caribbean Epidemiology Centre
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CEPIS	Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente
CICCs	Country Inter-Agency Coordinating Committees
CIDA	Canadian International Development Agency
COSUDE	Swiss Cooperation for Development
EOC	essential obstetric care
FAO	Food and Agriculture Organization
GAVI	Global Alliance for Vaccines and Immunizations
GTZ	German Technical Cooperation Agency
HIPC	Highly Indebted Poor Countries Initiative
HIV/AIDS	human immunodeficiency virus/acquired immunodeficiency syndrome
IDB	Inter-American Development Bank
IFF	International Financial Facility (UK)
IMCI	integrated management of childhood illness
JICA	Japanese International Cooperation Agency
MCA	Millennium Challenge Account (USA)
MDGs	Millennium Development Goals
NGOs	nongovernmental organizations
NORAD	Norwegian Agency for Development
ODA	Official Development Aid
PEPFAR	The President's Emergency Plan for AIDS Relief (US)
PHC	primary health care
PLWA	people living with AIDS
PMTCT	prevention of mother-to-child transmission
PRSs	poverty reduction strategies
SARS	severe acute respiratory syndrome
SIDA	Swedish Development Agency
TAC	technical advisory committee
TCC	technical cooperation among countries
UNFPA	United Nations Population Fund
UNICEF	United Nations Children's Fund
USAID	United States Agency for International Development