



ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ  
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ



**47.º CONSEIL DIRECTEUR**  
**58.º SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL**

*Washington, D.C., ÉUA, 25-29 septembre 2006*

---

*Point 3.2 de l'ordre du jour provisoire*

CD47/6 (Fr.)

22 août 2006

ORIGINAL: ESPAGNOL

**RAPPORT ANNUEL DE LA DIRECTRICE DU BUREAU SANITAIRE  
PANAMÉRICAIN**

**COMBLER LES INÉGALITÉS EN SANTÉ DANS  
LA POPULATION MOINS PROTÉGÉE**

Aux États Membres :

En vertu des dispositions de la Constitution de l'Organisation panaméricaine de la Santé, j'ai l'honneur de présenter le rapport annuel correspondant à la période 2005-2006 sur les activités du Bureau sanitaire panaméricain, Bureau régional de l'Organisation mondiale de la Santé. Ce rapport met en relief — dans le cadre du Plan stratégique du Bureau sanitaire panaméricain pour la période 2003-2007, approuvé par les Organes directeurs de l'Organisation panaméricaine de la Santé — les faits marquants de la coopération technique qui ont pris place au cours de la période en question, en particulier les progrès accomplis dans la réduction des inégalités en santé en faveur des populations moins favorisées.

Mirta Roses Periago  
Directrice

## TABLE DES MATIÈRES

	<i>Page</i>
Chapitre 1 : Réduire les inégalités en santé .....	3
Mesure des inégalités en santé.....	3
Formulation de politiques de santé .....	6
Renforcement de la capacité opérationnelle .....	8
Chapitre 2 : Atteindre les groupes défavorisés .....	12
Extension de la protection sociale à la population maternelle et infantile .....	13
Renforcement des soins primaires et expansion de l'accès en santé et nutrition.....	15
Exécution de programmes de santé dans les écoles.....	16
Protection de la santé des enfants et des adolescents .....	17
Prévention de la violence chez les jeunes.....	17
Renforcement de l'égalité des sexes.....	18
Réduction de la stigmatisation et la discrimination des personnes affectées par le VIH et le SIDA .....	20
Soins de santé des populations autochtones .....	22
Les défis des soins de santé des personnes âgées .....	26
Protection des handicapés.....	27
Communautés dans les zones à haut risque .....	28
Chapitre 3 : Le développement institutionnel de l'OPS progresse.....	37
Engagement envers le Plan stratégique 2003-2007 .....	37
Un programme de travail et un Secrétariat plus stratégiques .....	38
Davantage de ressources financières pour la coopération technique.....	38
Instruments de planification et programmation renforcés et modernisés .....	39
Application de la Stratégie de coopération technique avec le pays (SCP).....	40
Réalignement du Bureau sanitaire panaméricain.....	41
Nouvelles alliances et associations pour la santé .....	41
Coopération technique entre pays (CTP).....	45

## Chapitre 1

### RÉDUIRE LES INÉGALITÉS EN SANTÉ

1. La recherche de l'équité en santé est l'un des principaux objectifs qui guident les actions de l'OPS dans une Région qui continue à être inéquitable. Ces inégalités peuvent se mesurer en termes de la distribution des ressources, de la formulation et de l'application de politiques sanitaires et des résultats obtenus par l'application de ces politiques. Dans le domaine de la santé, ceci se manifeste par des inégalités dans l'accès aux services, dans le caractère approprié de l'infrastructure pour répondre aux problèmes prioritaires, dans les disparités qui s'accroissent principalement entre les zones rurales et les zones urbaines, dans les zones de concentration de la pauvreté et dans les groupes se trouvant dans des situations défavorisées comme les femmes, les enfants, les populations autochtones, les jeunes et les personnes âgées, ou dans la population exposée à des risques plus élevés, avec des charges plus élevées de maladie ou avec des niveaux plus élevés d'exclusion sociale.

#### *Mesure des inégalités en santé*

2. Au moment de pouvoir disposer d'une information adéquate et pertinente pour la prise de décisions, pour le développement de politiques en santé et pour être en mesure d'évaluer le résultat des interventions, il est essentiel de détecter et mesurer les disparités et de connaître la situation spécifique de la santé de la population et ses tendances, en identifiant les groupes et les domaines les plus critiques. La mesure des inégalités entre pays et au sein d'un même pays constitue le premier pas pour mettre en évidence les différences et stimuler la prise de décisions qui mettent en marche des actions et des stratégies destinées à réduire, et éventuellement à éliminer ces inégalités.

3. En Argentine, le Groupe de travail sur les inégalités en santé a été établi conjointement avec le Ministère de la Santé au début de 2005. Il a favorisé la réalisation d'un atelier sur les méthodes de détermination des inégalités en santé. De plus, un programme d'estimation dénommé « Brechas », qui appuie et facilite l'analyse des inégalités en santé dans ce pays ainsi que dans d'autres pays de la Région, a également été mis sur pied.

4. Des progrès ont également été accomplis dans la désagrégation des données en santé au niveau sous-national. Les bulletins de la série *Situation de la santé dans les Amériques : indicateurs de base* présentent aujourd'hui une information par provinces ou États, et même par municipalités ou juridictions. Des progrès semblables existent avec le *Bulletin d'immunisation* et avec le bulletin statistique régional biennal *Genre, santé et développement dans les Amériques*, une publication conjointe de l'OPS et du Fonds de développement des Nations Unies pour la femme (UNIFEM, d'après son sigle en

anglais), le Fonds des Nations Unies pour les activités en matière de population (FNUAP), financée par la Fondation Ford et les gouvernements de Norvège et de Suède, dans laquelle les données de base sont désagrégées par sexe. De même, en ce qui concerne l'information publiée sur le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) des données y ont été ajoutées concernant la couverture des médicaments antirétroviraux, les infections de transmission sexuelle et la coinfection VIH et tuberculose.

5. Le Sommet ministériel sur la recherche en santé, qui s'est tenu au Mexique en novembre 2004, et sa déclaration sur la recherche en santé et le savoir, ont donné naissance à la création d'un registre de recherche, appuyant le déploiement régional de la *International Clinical Trials Registry Platform*. De même, des progrès ont été accomplis dans l'harmonisation de l'agenda régional de recherche de l'OPS avec celui de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS); l'OPS a appuyé les pays dotés de stratégies novatrices de coopération afin d'obtenir de meilleurs résultats dans l'emploi des preuves scientifiques pour informer les décisions de santé, et elle a contribué au développement et au renforcement de réseaux entre experts et institutions concernées.

6. L'OPS a contribué à l'élaboration du rapport conjoint entre toutes les agences régionales des Nations Unies intitulé *Objectifs de développement pour le millénaire : un regard depuis l'Amérique latine et les Caraïbes*, publié par la Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes (CEPAL); l'OPS était responsable du chapitre sur la santé et les objectifs de développement pour le millénaire (ODM), avec des apports du FNUAP.

7. L'enquête centraméricaine sur le diabète, l'hypertension et les facteurs de risque des maladies chroniques, qui fait partie de l'Initiative centraméricaine du diabète, est un exemple unique de surveillance des maladies chroniques et de leurs facteurs de risque dans une sous-région entière, en utilisant une méthodologie commune. L'enquête a étudié la prévalence du diabète, de l'hypertension, de l'obésité et de l'excédent de poids, entre autres facteurs de risque, et elle a été appliquée dans les sept pays centraméricains à 8 383 personnes, aux trois quarts desquelles des examens sanguins ont été faits pour détecter le diabète et le cholestérol élevé. La participation de l'Institut de Nutrition d'Amérique centrale et de Panama (INCAP) à la formation et la standardisation des interviewers et des optométristes a été importante dans ce processus, qui a permis d'accroître la capacité technique des pays en matière de surveillance des maladies chroniques et de leurs facteurs de risque.

8. L'Enquête sur les facteurs de risque des maladies chroniques non transmissibles, appliquée en Argentine en 2005, avait pour objectif d'analyser les inégalités par groupes de population; ses résultats permettront de quantifier les différences en santé des groupes vulnérables, de focaliser des actions directes à partir du secteur de la santé et de faciliter la promotion entre autres secteurs.

9. La Commission sur la santé et le développement des Caraïbes, qui répond à une initiative régionale et globale, a présenté un rapport sur la situation de la santé dans les Caraïbes et les solutions possibles pour son étude. Parmi ses conclusions, il souligne que les thèmes qui ont le plus grand impact dans les résultats en santé sont l'obésité et les maladies chroniques non transmissibles, le VIH/SIDA et la violence. Le rapport engage également à mobiliser des ressources pour renforcer la capacité nationale et régionale en matière de mesure et de statistiques de la santé.

10. À 10 ans de l'échéance établie pour la réalisation des ODM, une analyse a également été réalisée sur les différents régimes de protection sociale en santé en vigueur dans la Région; parmi les éléments analysés, on peut citer la capacité à améliorer l'équité dans l'accès et l'utilisation des services de santé, l'aptitude à neutraliser les déterminants sociaux qui sont nuisibles à la santé et la capacité à élargir la couverture et l'accès à des interventions en santé appropriées sur le plan technique.

11. L'enquête mondiale sur le tabagisme chez les jeunes — qui rassemble l'information sur la prévalence, les attitudes et les croyances relatives à la consommation de tabac — s'est poursuivie en 2005. Des réunions ont été organisées avec des représentants des gouvernements pour analyser les données produites par l'enquête, en vue de la formulation de politiques publiques de lutte contre le tabagisme. A ce jour, l'enquête a couvert pratiquement tous les pays de la Région.

12. En ce qui concerne la surveillance épidémiologique, l'OPS continue à surveiller chaque semaine les progrès des pays de la Région dans l'éradication de la poliomyélite et l'élimination de la rougeole et de la rubéole. En 2005, la surveillance hebdomadaire du syndrome de la rubéole congénitale a également été ajoutée. Les pays à leur tour suivent ces progrès au niveau municipal. Les indicateurs régionaux de surveillance se maintiennent dans leur majorité à un niveau supérieur à l'objectif de 80%.

13. L'enquête SABE (santé et bien-être des personnes âgées) a été conçue et exécutée sur un échantillon de 10 000 adultes âgés, représentatif de la population âgée de plus de 60 ans dans sept capitales latino-américaines : Buenos Aires, Argentine; Bridgetown, Barbade; Brasilia, Brésil; La Havane, Cuba; Santiago, Chili; District fédéral, Mexique et Montevideo, Uruguay. Les résultats ont montré la situation de la santé de ce groupe de population et les implications dans les systèmes de santé de la Région. À partir de l'information obtenue, des principes stratégiques ont été formulés pour améliorer l'accès à des services de meilleure qualité; former les ressources humaines en santé pour répondre aux besoins de ce groupe d'âge; obtenir un contrôle et une surveillance meilleurs de la santé des adultes âgés; développer des cadres réglementaires pour protéger les personnes âgées dans des environnements de soins à long terme, et développer la recherche en santé publique qui permettra de détecter les menaces

principales. Un cadre a également été proposé considérant la définition de fonctions du système de santé publique pour favoriser la santé et le bien-être dans la vieillesse, les normes pour évaluer ces fonctions et leurs indicateurs de réalisation et de résultats.

***Formulation de politiques de santé***

14. La connaissance des situations de disparité existantes en santé permet d'analyser les principaux facteurs déterminants des inégalités, ce qui facilite la formulation de politiques qui garantissent l'équité en santé.

15. Au Chili, l'articulation entre le Ministère de la Santé, d'autres ministères, le Fonds de solidarité et d'investissement social (FOSIS), la Faculté latino-américaine de sciences sociales (FLACSO) et l'OPS a permis de focaliser l'agenda social sur les déterminants de la santé. Ceci met en évidence le fait que les alliances entre le gouvernement et la société, de même qu'entre différents secteurs, favorisent la visibilité des inégalités en santé et aident à positionner cette problématique dans l'agenda social, ainsi que la réorientation des ressources sur les domaines critiques qui en ont le plus besoin.

16. L'OPS a poursuivi les efforts pour mettre la santé publique en bonne place dans l'agenda politique régional, en appuyant essentiellement les réunions ministérielles sous-régionales, telles que la Réunion du secteur santé d'Amérique centrale et de la République dominicaine (RESSCAD), le Marché commun du Cône austral (MERCOSUR), la Communauté des Caraïbes (CARICOM), l'Organisation des États des Caraïbes orientales (OECS), l'Organisation du traité de coopération amazonienne (OTCA), l'Organisme andin de santé-Convention Hipólito Unanue (ORAS-CONHU) et la Communauté andine de nations et le Conseil des Ministres de la Santé d'Amérique centrale (COMISCA).

17. À l'occasion du IV<sup>e</sup> Sommet des Amériques qui s'est tenu à Mar del Plata en Argentine en novembre 2005, des thèmes de haute priorité ont été mis en relief, tels que les préparatifs pour la grippe aviaire et la pandémie de grippe, ainsi que la lutte contre le VIH et les actions destinées à obtenir une couverture universelle du traitement antirétroviral.

18. L'OPS a poursuivi le travail relatif à la Convention cadre sur la lutte antitabac de l'OMS, la Convention ayant été ratifiée à ce jour par 18 pays de la Région des Amériques. Dans les mandats de la Convention, une attention spéciale a été accordée à la promotion d'environnements exempts de fumée de tabac, où se détache l'expérience réussie de l'Uruguay, qui est devenu le premier pays de la Région à réglementer la législation et à imposer 100% d'espaces publics exempts de fumée de tabac.

19. L'adoption du Règlement sanitaire international en 2005 a constitué un fait historique important, du fait qu'il devient un instrument mondial puissant qui permet d'harmoniser les activités entre les États Membres, ainsi qu'un cadre pour reconnaître et notifier les urgences de santé publique d'importance internationale et y répondre. Le Règlement pose des défis et donne des opportunités à l'Organisation et à ses États Membres pour les années à venir, et l'OPS aborde la situation d'alerte face à la grippe aviaire et la pandémie de grippe, afin de renforcer la capacité des pays et d'adapter leurs systèmes aux exigences du Règlement.

20. Les réseaux de laboratoires, la surveillance épidémiologique et la réponse à des flambées — comme le Réseau centraméricain pour la prévention et la lutte contre les maladies émergentes et réémergentes (RECACER), la RED AMAZONICA, le réseau du CONOSUR et Carisurvnet (Réseau de surveillance caraïbe) — ont été incorporés au travail relatif au Règlement. Un autre exemple de progrès est illustré par le projet de santé des ports à travers la coopération horizontale entre les pays des Caraïbes, qui constitue une réponse appropriée à un problème spécifique relatif à la santé et au tourisme.

21. Le Ministère de la Santé du Chili a progressé dans la régulation de pratiques de médecine complémentaire et alternative, à l'aide de la création d'un décret qui procure un cadre légal à leur légitimation. Un groupe de travail a été établi pour la reconnaissance de pratiques médicales alternatives comme professions sanitaires auxiliaires et formuler le règlement du décret. Ce progrès est notable du fait que les pratiques complémentaires (acupuncture, homéopathie, naturopathie, chiropraxie et thérapie par les fleurs) constituent une partie importante des services de santé, à ceux qui aident les populations marginalisées ayant des problèmes d'accès aux prestations orthodoxes.

22. Dans le domaine de la prévention et des soins de la violence contre les femmes, le modèle de l'OPS a servi de base au développement de lois et de politiques en la matière : au Brésil, une nouvelle loi a été élaborée, au Honduras, la loi existante a été reformulée, en République dominicaine, une proposition de politiques municipales a été développée et le Costa Rica a formulé un système de surveillance de l'application des politiques publiques sur ce thème. De même, l'Observatoire régional sur la santé et la violence contre les femmes a été lancé, en conformité aux recommandations du Sous-Comité de la femme, la santé et le développement, et avec la participation de 10 pays.

### ***Renforcement de la capacité opérationnelle***

23. Les données adéquates et fiables sur les problèmes de santé, ainsi que les politiques et les plans basés sur les faits observés, sont des éléments indispensables du développement d'une capacité durable pour résoudre de manière efficace les problèmes de santé publique.

24. Dans les pays de langue anglaise des Caraïbes, l'OPS a travaillé au renforcement de l'évaluation, de la mise en œuvre et de l'amélioration des systèmes d'information sanitaire nationaux à l'aide d'une approche stratégique. Au Brésil, elle a appuyé le système national de surveillance de l'alimentation et de la nutrition au moyen de la production d'indicateurs et de la formation de techniciens à l'utilisation du système au niveau de l'État et au niveau municipal.

25. Au Brésil, l'OPS, le Ministère de la Santé et le Conseil des Secrétaires d'État à la Santé ont adapté la méthodologie et les instruments des fonctions essentielles de santé publique (FESP) au Système unique de santé du Brésil et des autoévaluations des réalisations sont en cours dans cinq États; ceux qui les ont déjà terminées, incorporent les résultats obtenus aux plans et interventions en santé. En Argentine également, l'OPS a réalisé des évaluations des FESP dans trois provinces, caractérisées par leur niveau de pauvreté et par des modèles de soins de santé qui, au cours des dernières décennies, avaient abouti à la concentration excessive des ressources dans des établissements hospitaliers situés dans des centres urbains. L'application de ces évaluations aux niveaux sous-nationaux permet de plus de déceler les domaines critiques, de réorienter les ressources, de concevoir et d'exécuter des interventions et des plans et de réduire d'une certaine manière les écarts régionaux à l'intérieur des pays.

26. Le cours à distance par l'Internet sur le renforcement des fonctions essentielles de la santé publique, organisé conjointement avec l'Institut de la Banque mondiale, s'est déroulé entre octobre 2005 et janvier 2006. Ce cours avait reçu 840 demandes de participation de travailleurs de la santé publique provenant de diverses parties du monde. La première génération du cours a compté 84 participants, dont la moitié provenait de la Région des Amériques. Cinquante et un professionnels ont terminé le cours avec succès, soit 61% des inscrits.

27. En Équateur, le budget du Ministère de la Santé publique est allé en s'améliorant progressivement par rapport au budget du Gouvernement central : alors qu'en 2000 le pourcentage était de 2,4%, en 2006 il atteint 6,2%. Cette augmentation témoigne tant de la volonté politique d'accroître l'investissement social que du travail conjoint entre l'OPS, le Ministère de la Santé publique, celui de l'Économie et des Finances et le Congrès national de la République de l'Équateur.



28. Au titre de la Stratégie mondiale sur le régime alimentaire, l'activité physique et la santé en Amérique latine et dans les Caraïbes, la campagne de communication pour la prévention de l'obésité en Amérique latine « Mangez sain et bougez-vous l'Amérique ! » ("¡A comer sano y a moverse América!") a démarré, avec la chaîne de télévision Univisión.

29. La formation et le renforcement de comités de bioéthique d'assistance et de comités d'investigation s'est poursuivie dans la Région. Alors que dans certains pays ces comités ont été créés récemment, dans d'autres ils se sont développés à tous les niveaux des systèmes de santé, ce qui s'est traduit par une meilleure protection des personnes et une plus grande confiance dans la qualité des prestations qu'elles reçoivent.

30. La Bibliothèque virtuelle de la santé (BVS) s'inscrit également dans l'effort de promotion et de diffusion du savoir de l'OPS; en tant que proposition méthodologique, la BVS a été adoptée par tous les pays et son évaluation a démontré l'impact important qu'elle a eu au niveau national et international. En République dominicaine, un processus de consolidation a été mis en place après avoir renouvelé en 2005 l'engagement avec la BVS. Dans ce cas, la BVS a fait en sorte que l'information générée dans le pays sur des thèmes de santé soit disponible pour tous les intéressés, sans limites géographiques ni temporelles; de même, elle a facilité l'adhésion à d'autres projets tels que le HINARI (Health InterNetwork Access to Research Initiative), qui est une initiative de l'OMS avec des accords entre les principales maisons d'édition dans le monde pour offrir l'accès électronique gratuit à un grand nombre de revues de biomédecine. L'Institut dominicain de Télécommunication négocie actuellement avec HINARI pour obtenir une souscription commune pour 15 hôpitaux provinciaux et municipaux et un hôpital général.

31. À Puerto Rico, les projets spécifiques qui ont été entrepris ont focalisé leurs actions sur l'appui à la réforme de la santé au moyen de trois activités ponctuelles : analyse du secteur de la santé de Puerto Rico; analyse et plan de renforcement de la fonction dirigeante de l'autorité sanitaire nationale de Puerto Rico; et profil du système de santé de Puerto Rico. Le projet pour le développement de systèmes d'information géographique a appuyé la capacité d'analyse et de surveillance épidémiologique du Secrétariat à la Santé de Puerto Rico. La coopération au Département de la Santé sur le thème de santé/télémédecine électronique est en cours de négociation, avec l'appui de l'Université de Puerto Rico et le Consortium Industry University Research.

32. Afin de couvrir des zones urbaines et rurales dépourvues de services médicaux, différentes stratégies se développent dans la Région, cherchant à former et stimuler les médecins et autres professionnels dans les soins de santé primaires et la santé publique. À Cuba, l'OPS a consolidé le Programme des médecins de famille, qui atteint une couverture totale dans le pays, et a augmenté la capacité de solution des problèmes de santé à travers l'extension et le renforcement des polycliniques; au Brésil, le Programme

de santé de la famille est en plein développement, privilégiant la formation multiprofessionnelle dans le cadre de la stratégie des soins primaires; au Pérou, l'éducation professionnelle en santé privilégie tant la focalisation interculturelle que la pratique communautaire à participation sociale; en Argentine à partir de 2004, le Programme médical communautaire a été mis en place — fondé sur une convention établie entre le Ministère de la Santé et 16 universités qui appartiennent aux différentes régions du pays, — consistant en une formation modulaire accompagnée par un personnel spécialisé en pédagogie, planification et administration locale des services, santé environnementale et épidémiologie; au Venezuela, exemple le plus récent de cette nature, un effort massif de formation médicale est en cours, avec la création d'un nouveau profil de professionnel de la santé destiné à servir les communautés marginales et d'accès difficile, ainsi qu'une multiplication de polycliniques dotées d'un équipement complet de diagnostic et de traitement (Barrio Adentro II).

33. D'autres expériences novatrices ont surgi dans la Région pour donner une réponse au problème d'inégalité de l'accès à un personnel de santé qualifié. Certaines institutions préparent des professionnels de la santé provenant de communautés marginalisées ou défavorisées, comme le programme de médecine rurale de l'Université de l'Illinois aux États-Unis et la coopération intense de l'École latino-américaine de médecine de Cuba, avec plus de 8 000 étudiants provenant de 20 pays de la Région.

34. L'OPS, Santé Canada et le Ministère de la Santé de l'Ontario se sont réunis à l'occasion de la septième Réunion régionale des Observatoires des ressources humaines en santé qui s'est tenue à Toronto au Canada, en octobre 2005. Les conclusions des groupes de travail ont abouti à l'Appel à l'action pour une décennie de ressources humaines en santé dans les Amériques (2006-2015), dans le but de promouvoir le développement et la mise à jour du personnel de santé comme une voie pour atteindre les ODM et assurer l'accès à des services médicaux de qualité à toute la population des Amériques d'ici 2015, conformément aux priorités nationales de la santé. Les participants de la réunion ont recommandé que « l'Appel à l'action de Toronto » soit un document qui encourage les efforts collectifs à long terme, délibérés et coordonnés à tous les niveaux (international, national, régional et sous-régional) du secteur de la santé, d'autres secteurs concernés et de la société civile, afin de promouvoir, développer et consolider les personnels de la santé dans tous les pays de la Région.

35. De sérieux déséquilibres persistent dans la distribution du personnel de santé dans la Région, que ce soit à l'intérieur des pays comme entre les pays. Le nombre de médecins et d'infirmières pour chaque 10 000 habitants (densité) est supérieur à 50 dans 11 pays, qui représentent 39,7% de la population de l'hémisphère mais qui disposent de 73,2% du total des médecins et infirmières; les 15 pays dont la densité est inférieure à 25 représentent 19,5% de la population régionale et disposent de 6% des ressources

humaines. À peu d'exceptions près, les différences de concentration de médecins et d'infirmières continuent à être sérieuses entre les zones urbaines et les zones rurales.

36. Cette année, la célébration annuelle de la Journée mondiale de la Santé a honoré les travailleurs de la santé, qui représentent les ressources les plus précieuses de la santé publique. À cette occasion, la Directrice de l'OPS a appelé à louer à la fois le dévouement, l'engagement, la vocation et les grandes contributions de tous les travailleurs de la santé dans les Amériques; elle a souligné la nécessité de continuer à développer des mécanismes destinés à renforcer un secteur qui pendant de nombreuses années n'a pas disposé des critères et des ressources requis pour s'acquitter au mieux de ses fonctions clés dans la société. Elle a également souligné que cette journée était consacrée à toutes les personnes qui contribuent directement ou indirectement à améliorer le bien-être de toute la population au moyen de la prévention et du traitement des maladies : personnel médical, personnel infirmier et d'autres domaines de la santé, concepteurs de la formulation des politiques publiques, milieux scientifiques et professeurs, ainsi que toutes les femmes et les hommes qui consacrent leur temps et leurs efforts à faire de la promotion de la santé une partie essentielle de leur travail quotidien, qu'il soit rémunéré ou non.

37. Le plaidoyer pour l'accès aux médicaments essentiels de qualité et leur utilisation rationnelle constitue une activité essentielle de la lutte contre les inégalités. Au Brésil les efforts s'articulent entre l'Agence nationale de surveillance sanitaire, le Département d'assistance pharmaceutique et l'OPS pour améliorer l'usage des médicaments. En 2005, ont été publiés les résultats d'une évaluation sur la disponibilité de l'assistance pharmaceutique comme ligne de base pour les services pharmaceutiques dans le pays, et le premier Congrès national de l'usage rationnel des médicaments a pris place.

38. En août 2005, les représentants des ministères de la santé de 11 pays (Argentine, Bolivie, Brésil, Chili, Colombie, Équateur, Mexique, Paraguay, Pérou, Uruguay et Venezuela) se sont réunis à Buenos Aires en Argentine, pour le deuxième cycle de négociation des prix des antirétroviraux et des réactifs pour le diagnostic et la surveillance du VIH. Le principal objectif de cette réunion consistait à étendre la couverture des antirétroviraux pour les personnes affectées par le VIH dans la Région à l'aide de prix plus accessibles, et à établir des prix de référence. Vingt-six compagnies pharmaceutiques ont répondu; le processus a unifié les gouvernements, la société civile et les organismes internationaux et a reçu un appui solide de l'OPS. Des réductions entre 15% et 55% ont été obtenues sur les prix des traitements les plus utilisés, en particulier pour les médicaments de première et de deuxième intention. En conséquence de ces négociations, les pays pourront incorporer un plus grand nombre de personnes dans leurs schémas respectifs de traitement. À la demande de tous les participants, l'OPS a été priée d'établir un système de surveillance et d'évaluation de la mise en œuvre des résultats de la négociation, surmontant les obstacles détectés afin que les prix négociés soient

effectivement appliqués et utilisés dans les achats de médicaments de la Région. Il convient de souligner que les prix négociés sont utilisés par divers mécanismes d'achat comme des prix de référence, non seulement dans les pays qui ont participé à la négociation, mais aussi dans les pays d'Amérique centrale et des Caraïbes, ainsi que dans les achats que fait l'OPS au moyen du Fonds stratégique.

39. Comme il est de norme, des évaluations internationales des programmes nationaux d'immunisation ont été réalisées. L'objectif de ces évaluations consiste à améliorer la tâche des programmes nationaux d'immunisation et à développer des plans stratégiques d'immunisation quinquennaux axés sur les résultats obtenus. Les composantes évaluées englobaient : la programmation, l'organisation et la coordination, les ressources humaines et financières, la formation et la supervision, le système d'information, la surveillance épidémiologique, l'évaluation et l'investigation opérationnelles, la sécurité de la vaccination, la chaîne du froid, les fournitures, la communication sociale et la participation communautaire et l'observation du personnel de santé. En 2005, Sainte-Lucie et les cinq îles qui composent les Antilles hollandaises ont été évaluées ainsi qu'Aruba. En 2006 (au 31 juillet) les Bahamas, la République dominicaine et le département français de la Martinique ont fait également l'objet de l'évaluation.

## **Chapitre 2**

### **ATTEINDRE LES GROUPES DÉFAVORISÉS**

40. Les expériences présentées ne sont que quelques-uns des exemples qui tentent de témoigner de la diversité des domaines des groupes pris en charge, des bonnes pratiques et des interventions qui peuvent être reproduites sur ces thèmes, ainsi que de la diversité et l'étendue géographique de la Région. Cette analyse permettra d'appliquer les leçons apprises, qui serviront à réaliser des ajustements qui bénéficient effectivement la population exclue et vulnérable; elle aura également un impact élevé dans le domaine de la protection sociale en santé pour la population, tant dans les stratégies et l'approche de la coopération technique et financière de l'OPS et autres associés, que dans le processus de conception et de formulation des politiques publiques en santé par les décideurs des pays.

*Extension de la protection sociale à la population maternelle et infantile*

41. Au Panama, le Plan stratégique a été élaboré pour la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelles et périnatales 2006-2009, suivi d'un décret en mars 2006 qui ordonne la gratuité des soins préventifs et de l'assistance médicale et sociale de toutes les femmes durant la grossesse, l'accouchement et la période puerpérale dans tous les établissements du Ministère de la Santé. De plus, le programme de protection sociale de la Présidence, qui prête assistance à 25 000 familles qui vivent dans l'extrême pauvreté, a introduit dans son ensemble de soins intégrés des services de santé l'extension de la couverture maternelle et périnatale à domicile, gratuite et systématique aux communautés distantes et exclues.

42. En Argentine, des progrès ont été accomplis dans le travail dans les unités sous-nationales prioritaires, comme les zones périurbaines et rurales de la Province de Jujuy, pour renforcer le système provincial de santé; ce travail a cherché à améliorer les compétences des ressources humaines du premier niveau de soins et l'accès et la qualité des services de santé destinés aux femmes en âge de concevoir, aux filles, aux garçons et aux familles à haut risque d'exclusion sociale. Sept cent quatre-vingt dix-huit travailleurs des services de santé maternelle et infantile du premier niveau de soins ont été formés et des espaces de révision critique des pratiques des soins ont été créés, afin de les améliorer et de mieux les intégrer.

43. Au Honduras, le Programme ACCESO a continué à appliquer des stratégies spécifiques à la population maternelle et infantile dans trois municipalités du Nord de Choluteca, dans l'objectif d'améliorer les conditions d'accès aux services de santé des femmes enceintes, des accouchées et des mères d'enfants de moins de 5 ans, du point de vue d'une perspective de droit; l'initiative comprend la formation des dirigeants communautaires à agir en tant que surveillants de la santé. Parallèlement, un fonds solidaire a été établi qui sera administré par la communauté pour assurer les soins de l'accouchement aux femmes qui n'ont pas les moyens de se rendre à la clinique maternelle et infantile.

44. Au Belize, à travers l'initiative de coopération technique horizontale avec la Jamaïque, le Programme de maternité sans risque est mis en œuvre pour former le personnel de santé à la surveillance de la mortalité maternelle, l'autopsie verbale et la formulation de normes de surveillance de la morbidité et la mortalité maternelles. Les comités de maternité sans risque nationaux, régionaux et par districts ont été établis et l'audit clinique basé sur des critères a été introduit. Le personnel de santé non traditionnel a participé — infirmières auxiliaires de la communauté, accoucheuses traditionnelles, inspecteurs de santé publique et personnel chargé du contrôle des vecteurs — à la surveillance de la morbidité et la mortalité maternelles. Des salles de consultation ont été établies pour traiter les patients à haut risque dans les hôpitaux

régionaux, la majorité d'entre eux utilisant une approche multidisciplinaire. Cette expérience a permis d'améliorer le système de surveillance de la morbidité et de la mortalité maternelles à un coût très faible ou sans coût supplémentaire.

45. Au Guatemala, dans les municipalités de la Microrégion IV, les efforts ont porté sur la transformation du Centre de soins intégrés maternels et infantiles (CAIMI) en un centre de référence intermédiaire. Les actions ont consisté à former le personnel de santé, améliorer l'infrastructure du CAIMI, mettre en route le système de surveillance active de la santé au niveau communautaire, renforcer le système de référence, mettre en œuvre le système d'information périnatale et établir la maison maternelle (Casa Materna) pour y loger les femmes enceintes.

46. En Haïti, un plaidoyer a été fait en faveur de l'offre de services gratuits de soins de la grossesse et de l'accouchement, qui s'est traduit par un décret présidentiel en août 2005. Des ressources financières sont mobilisées pour permettre de mettre en pratique au cours de 2006 la gratuité des services de soins maternels dans l'un des 10 départements du pays.

47. En Bolivie, l'initiative Servicios de Salud Estrella est mise en œuvre pour les femmes des zones urbano-périphériques citadines et urbano-rurales. La première étape de l'initiative a identifié les barrières à l'accès aux services de l'assurance universelle maternelle et infantile, qui offre un ensemble de prestations gratuites à la femme pendant la grossesse et l'accouchement et aux enfants de moins de 5 ans. Cette initiative a été formulée avec deux composantes : l'une destinée au renforcement de la gestion des services de santé avec une approche de genre, et l'autre destinée à autonomiser la femme dans la communauté. À la fin de 2005, la stratégie a été appliquée à titre de démonstration dans une municipalité de La Paz, dans laquelle ont été réalisés une étude de ligne de base et un processus de formation de ses acteurs aux principes mentionnés.

48. En République dominicaine, avec le Projet Action pour la santé familiale avec la Mission médicale catholique, appuyé par Bristol Myers Squibb, l'OPS cherche à renforcer le réseau sanitaire de l'Église catholique dans les communautés, avec les dirigeants locaux, le personnel de santé et les familles, atteignant les adolescentes et les femmes enceintes par le biais de conseillères communautaires des paroisses et les accompagnant pendant la grossesse, l'accouchement et après l'accouchement jusqu'à ce que l'enfant ait 5 ans. Parallèlement est maintenu un plan de surveillance des indicateurs de base de la morbidité, la mortalité la surveillance nutritionnelle et l'apport en micronutriments, entre autres.

***Renforcement des soins primaires et expansion de l'accès en santé et nutrition***

49. L'OPS a concentré ses efforts sur l'optimisation de l'approche/stratégie des soins de santé primaires (SSP) dans toutes ses activités de coopération technique. Divers Secteurs et diverses Unités ont adopté ou sont en train d'incorporer cette approche/stratégie dans leur processus de planification et dans les opérations quotidiennes. Par exemple, les SSP constituent la base de la stratégie régionale pour la prévention et la lutte contre les maladies chroniques et leur nécessité a été reconnue pour atteindre l'accès universel à la prévention, aux soins et au traitement de l'infection par le VIH. De plus, l'optimisation encouragée par les SSP a renforcé d'autant plus le travail interprogrammatique au sein de l'Organisation, qui s'exprime dans l'approche intégrée de la coopération avec les pays.

50. En République dominicaine, le Projet de renforcement et de mise en œuvre du programme national de fortification des aliments (Initiative GAIN) porte sur les enfants de moins de 5 ans et les femmes en âge de procréer, au moyen de la fortification du sucre et de la farine de blé. Ce projet espère réduire l'anémie due à la déficience de fer de 27% à 20% et la déficience de vitamine A de 23% à 10% chez les enfants de moins de 5 ans, ainsi qu'une réduction de 20% dans l'incidence des défauts du tube neural.

51. Au Honduras, le Programme de sécurité alimentaire et nutritionnelle du Secrétariat à la Santé a décelé les causes suivantes de la faible efficacité des programmes de nutrition : le manque de distribution d'aliments spécifiques pour réduire la malnutrition chronique et l'anémie chez les enfants âgés de 6 à 24 mois, la faiblesse de la composante éducative des programmes, et le manque de coordination entre programmes et actions, ainsi que leur duplicité. Diverses ONG ont également été formées au programme EPI-INFO en vue de la gestion de l'information, la promotion de l'usage des nouvelles normes de croissance, et la révision de leurs interventions dans le but de les focaliser sur le groupes des moins de 2 ans dans les zones géographiques où vit la population la plus importante affectée par le retard de la croissance.

52. Au Nicaragua, dans la municipalité de Cusmapa, le conseil municipal, le SILAIS et la communauté ont élaboré un plan d'action pour accroître et améliorer l'offre de santé; renforcer le gouvernement municipal dans son approche des déterminants de la santé et la demande de services de santé; encourager la participation de la communauté aux actions de santé, et améliorer les conditions environnementales de la communauté. En résultat, l'activité de la municipalité relative aux actions de santé a été intégrée, une relation plus étroite s'est créée entre le gouvernement et la communauté et la couverture des services de santé a augmenté (par exemple, 50% de la couverture des services de santé maternelle et infantile ont été atteints). Ce plan est un modèle qui peut servir pour d'autres municipalités du pays.

53. La vaccination est devenue une intervention de santé familiale et communautaire. La Semaine de vaccination aux Amériques (SVA) s'étend et cherche à atteindre non seulement les enfants, mais aussi d'autres groupes comme les hommes, les femmes, les jeunes et les adultes âgés; de plus, elle se concentre sur des municipalités à haut risque, les frontières et les communautés autochtones, entre autres. Au cours des deux dernières années, plus de USD \$1,2 millions ont été mobilisés pour la SVA. En 2005, 36 pays ont participé à la SVA, parmi lesquels 12 ont porté leurs efforts sur des campagnes de communication sociale. Plus de 38 millions de personnes ont été vaccinées (17,6 millions d'enfants, 13 millions d'adultes de plus de 60 ans, 3 millions d'adultes, 2,2 millions de femmes en âge de procréer et plus de 25 mille autochtones; 2 millions de personnes ont reçu le vaccin contre la fièvre jaune). En 2006, la SVA a obtenu la participation de 39 pays et territoires de la Région, dans le but d'immuniser près de 40 millions de personnes. Outre les activités de vaccination, la SVA donne l'opportunité d'offrir d'autres services intégrés de santé tels que des doses de vitamine A, des antiparasitaires et de l'acide folique.

#### *Exécution de programmes de santé dans les écoles*

54. Au Guyana, dans le cadre des Écoles promotrices de la santé, le Plan de la vision nationale 20:20 pour la Région des Caraïbes a été appliqué dans 13 écoles de communautés non protégées sur le plan social, où vivent des familles à faibles revenus. Les professeurs, professionnels de la santé et parents volontaires ont participé au contrôle de la vue de 2 710 étudiants; les cas détectés ont été référés pour examens et analyses supplémentaires au cabinet de diminution de l'acuité visuelle de l'hôpital public de Georgetown. Le Ministère de l'Éducation et des Services sociaux assure l'achat de lunettes pour les familles qui ne peuvent pas couvrir les frais.

55. Au Pérou, le projet Intervention de base en santé buccale a été développé dans les écoles des communautés exclues et dispersées; cette expérience consiste en des activités destinées à promouvoir, prévenir et récupérer la santé buccale en utilisant la technique de restauration atraumatique (PRAT). La formation a été donnée à 24 odontologues facilitateurs nationaux de tout le pays, qui soignent de façon mobile et itinérante les zones les plus vulnérables et les plus isolées du Pérou; la technique PRAT a été diffusée favorisant son inclusion dans l'assurance intégrée de santé, et un appui a été donné à l'achat de fournitures spécifiques. De plus, des conseils techniques ont été prodigués pour intégrer cette action dans une stratégie plus vaste d'odontologie préventive, qui incorpore la fluoruration du sel de consommation humaine, l'hygiène buccale et l'expansion de la couverture des services de santé buccale.

56. À Trinidad et Tobago, l'OPS a travaillé au niveau scolaire primaire pour renforcer le programme de santé scolaire avec une approche intégrale. Des programmes de formation ont été élaborés sur la promotion de la santé et la prévention des maladies,



destinés aux agents des soins de santé primaires et au personnel des établissements de santé et des écoles dans trois zones pilotes de l'île.

### ***Protection de la santé des enfants et des adolescents***

57. Au Honduras, un Comité interinstitutionnel a été établi pour la protection et les soins de l'enfance orpheline et vulnérable à cause du VIH/SIDA, afin de renforcer techniquement les organisations qui s'occupent de cette population et de réaliser la promotion et la gestion des ressources. Le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme (qui ne considérait pas cette rubrique dans la proposition pour le pays) a apporté des ressources financières et des projets d'intervention ont déjà commencé à être formulés.

58. Au Salvador, l'objectif du Programme Tendresse est d'articuler les efforts pour améliorer les conditions de vie de la famille salvadorienne, en particulier les enfants et les adolescents, dans le cadre de la protection de leurs droits. Le Programme est axé sur la promotion de styles de vie et d'environnements sains, et la diminution des situations de violence, de dépendance, de mortalité maternelle et infantile, du VIH et du SIDA et des problèmes apparentés à la santé sexuelle et reproductive.

59. Le Guatemala a introduit dans la SVA 2005 le vaccin pentavalent (DCT, hépatite B + *Haemophilus influenza* type b) au calendrier régulier de vaccination des enfants de moins d'un an, avec une modalité progressive de vaccination des enfants nés à partir de janvier 2005. Un Comité de coordination interagences (CCI) a été établi avec le bureau de la Première Dame, des ambassades, des agences du système des nations Unies, des organismes bilatéraux de coopération, et des organisations non gouvernementales et gouvernementales de la sécurité sociale, des finances et investissement social, avec l'appui de la Finlande et de la Suède.

### ***Prévention de la violence chez les jeunes***

60. En février 2005, l'OPS a organisé la Conférence internationale « Voix des campagnes : initiatives locales et investigation sur la violence juvénile de bandes en Amérique centrale », pour établir un dialogue international et multisectoriel sur cette situation que vivent les pays d'Amérique centrale. Cette activité a été réalisée conjointement avec les institutions membres de la Coalition interaméricaine pour la prévention de la violence, le bureau de Washington pour l'Amérique latine et la Fondation pour la justice naturelle. Plus de 250 participants du Guatemala, du Honduras du Nicaragua et du Salvador, ainsi que des États-Unis (Centres de lutte et de prévention des maladies d'Atlanta, l'UCLA de Californie et des organisations de la région de Washington, DC), ont discuté de la situation des bandes juvéniles connues sous le nom de « maras »; ils se sont prononcés sur la nécessité urgente de définir des politiques

publiques qui affrontent les causes du phénomène et non seulement ses conséquences, et ils ont souligné le besoin de mettre davantage l'accent sur la prévention du problème plutôt que sur la répression des jeunes. Une conséquence de la Conférence a été la création de la Coalition centraméricaine pour la prévention de la violence juvénile, composée de diverses organisations gouvernementales et non gouvernementales de ces pays; en quelques mois, la Coalition a réussi à capter l'attention de larges pans de la société et des médias, dans le but d'influencer les changements dans les politiques publiques pour la définition de propositions de prévention.

61. En Argentine, en Colombie, au Honduras, au Nicaragua, au Pérou et au Salvador, le Projet de promotion du développement juvénile et de prévention de la violence a été mis en œuvre avec un financement de l'Organisme allemand pour la coopération technique et le Ministère fédéral pour la Coopération et le Développement économiques d'Allemagne (GTZ/BMZ). Des équipes associées de travail ont été mises sur pied dans chaque pays, auxquelles participent des institutions gouvernementales et non gouvernementales et des groupes de jeunes. Ces équipes réalisent la promotion, coordonnent les activités et cherchent à améliorer l'incidence des interventions. Dans ce processus, des documents faisant le point des connaissances sur la violence liée aux adolescents et aux jeunes ont été préparés et publiés.

### ***Renforcement de l'égalité des sexes***

62. La politique d'égalité des sexes a été adoptée en septembre 2005 par une résolution du Conseil directeur de l'OPS. Cette résolution a marqué un fait historique dans la lutte de l'Organisation pour assurer l'égalité des opportunités entre femmes et hommes en termes de l'accès aux ressources et aux bénéfices du développement de la santé, et de l'exercice du droit citoyen à participer à la détermination des orientations et des priorités de ce développement. Cette politique établit que les objectifs d'égalité des sexes et d'autonomisation des femmes font partie intégrale de l'ensemble du travail de l'OPS, y compris les domaines de la coopération technique, le développement de politiques nationales et la gestion des ressources humaines au sein de l'institution et du secteur de la santé.

63. Le processus de renforcement des capacités nationales en matière de production et d'analyse de l'information avec une perspective d'égalité des sexes a abouti à la formation de mécanismes intersectoriels à cette fin, qui ont donné lieu à la publication de bulletins statistiques et de profils analytiques de la situation de santé des femmes et des hommes au Costa Rica, au Guatemala, au Honduras, au Panama et au Pérou.

64. Au Salvador s'est terminé le Programme interinstitutions d'autonomisation des adolescentes, développé par le Groupe interinstitutions des Nations Unies sur les femmes sous la direction de l'OPS. Parmi ses objectifs figurent l'accroissement de la couverture

de la prise en charge des adolescentes; la formation du personnel de santé aux soins des adolescentes d'une perspective de droits humains et d'autonomisation; l'intégration des adolescentes dans des organisations communautaires; la réduction des barrières institutionnelles à l'accès aux services et la dotation d'équipement complémentaire pour les soins intégrés de la santé de ce groupe d'âge.

65. Au Chili, l'Observatoire de l'équité des sexes en santé a publié le rapport annuel qui rassemble des organisations universitaires et la société civile. La publication comprend les thèmes de la violence contre la femme, la participation citoyenne en santé, les soins non rémunérés de la santé, le travail et la santé et la santé sexuelle et reproductive. Le rapport constitue le résultat de la surveillance des indicateurs de genre réalisée pendant l'année 2005 et de l'impact des politiques de santé dans l'éradication ou le renforcement des inégalités de sexe en santé. Une station régionale de cet Observatoire, utilisant une approche intégrée de genre et d'ethnie, a été installée dans la IX<sup>e</sup> Région de l'Araucanía, territoire qui concentre la majorité des communautés mapuches du pays. Des organisations de communautés mapuches, des organisations de femmes travaillant dans le genre et la santé et de personnes vivant avec le VIH/SIDA, ainsi que des instances académiques de l'Université de la Frontière de Temuco ont été impliquées. Actuellement la base de données est en cours de production et les indicateurs ont déjà été sélectionnés en vue de la surveillance des inégalités de sexe et d'ethnie en santé dans la Région de l'Araucanía, afin de formuler des propositions aux politiques publiques qui contribuent à améliorer la santé des femmes et, en particulier, des femmes mapuches.

66. À Puerto Rico, la coopération technique s'est focalisée sur l'appui aux communautés vulnérables de la société portoricaine dans des domaines relatifs à la prévention de la violence, en particulier la violence contre les femmes et la violence au sein de la famille.

67. À partir de la recherche réalisée par l'OPS sur les connaissances, attitudes et pratiques des hommes par rapport à la santé sexuelle et reproductive dans six pays de l'Amérique centrale, les modèles d'intervention en santé sexuelle et reproductive dans les services de santé ont été révisés et de nouveaux modèles de soins et d'information destinés aux hommes dans les environnements de travail et de loisirs dans les pays respectifs ont été développés.

***Réduction de la stigmatisation et la discrimination des personnes affectées par le VIH et le SIDA***

68. Une recherche sur le VIH et le sexe a été conçue et exécutée sous la direction de l'OPS et avec la participation des ministères de la santé et des organismes de la société civile, y compris des groupes de personnes vivant avec le VIH. Les résultats serviront de base à la révision des normes et protocoles de soins du VIH au Belize, au Honduras et au Nicaragua.

69. L'objectif de « trois millions d'ici 2005 » pour la Région des Amériques était de 600 000 personnes sous traitement à la fin de 2005, ayant atteint à la fin de cette année un total de 680 000 personnes soignées avec des antirétroviraux, desquelles plus de 300 000 vivent en Amérique latine et dans les Caraïbes. Durant cette période, le nombre de traitements et l'accès à l'orientation, au dépistage et à la prévention de la transmission de la mère à l'enfant a augmenté; le coût des médicaments a diminué; la coopération s'est intensifiée avec 37 pays de la Région conformément aux cinq orientations stratégiques destinées à renforcer l'infrastructure du système de santé; des propositions de financement supplémentaire de donateurs ont été faites, en particulier le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme; le Plan régional du VIH de l'OPS a été lancé pour le secteur de la santé 2006-2015, donnant aux pays de la Région les objectifs et les jalons pour adopter une méthode intégrée d'intensification de la réponse au VIH.

70. Aux Bahamas et au Surinam, une campagne de communication novatrice d'accès aux services a été développée pour effectuer le dépistage et promouvoir le traitement. La campagne, qui comportait des annonces à la télévision et à la radio, avait pour thème « Fais-toi le test ». Le nombre de cas notifiés et de personnes sous traitement a augmenté grâce à la campagne. Des experts de 10 pays ont participé à un atelier au Surinam sur l'approche aux Caraïbes de ce type de campagnes.

71. Au Mexique, une campagne contre l'homophobie a été lancée à travers les moyens de communication nationale. Le Centre national pour la prévention et le contrôle du SIDA du Secrétariat à la Santé s'est joint au Conseil national pour la prévention de la discrimination pour lancer une campagne sur le thème « L'homosexualité n'est pas un problème, l'homophobie en est un », qui a été diffusé par des annonces radiophoniques dans sept villes principales du pays.

72. Six journalistes ont reçu des prix pour leur couverture de l'épidémie. En Amérique latine, ces prix ont été créés par RED SALUD, l'Initiative de communication et la Fondation pour le nouveau journalisme ibéroaméricain, et dans les Caraïbes, ils ont été parrainés par CARICOM.

73. Au Costa Rica et au Pérou, des nécessaires ont été distribués pour le traitement après exposition des agents de santé et des victimes d'agression sexuelle. Au Belize, en Colombie et au Nicaragua, de nouveaux points d'accès ont été créés pour les soins du VIH, pour les soins de santé reproductive dans le premier pays et pour les victimes de la violence familiale dans les deux autres. À la frontière des États-Unis d'Amérique et du Mexique un projet a été mis en œuvre pour améliorer la surveillance et l'estimation de la prévalence de l'infection par le VIH parmi les groupes vulnérables.

74. À la Barbade et dans les États des Caraïbes orientales, les efforts ont porté sur les soins, l'adoption et l'adaptation de normes de traitement de l'infection par le VIH. Une formation a également été donnée aux agents d'assistance sanitaire et aux organisations communautaires sur la prise en charge des services d'OPV, et aux agents de soins de santé dans les maternités sur la prévention de la transmission de la mère à l'enfant. Afin de renforcer la prévention, des efforts d'assistance ont porté sur la référence de couples, la localisation de contacts, l'éducation sanitaire et la réduction des dommages.

75. En Bolivie, l'OPS travaille sur un diagnostic d'accès aux services intégrés de prévention pour les professionnelles du sexe non enregistrées, dans le but de donner des orientations à cette population et d'adapter la disponibilité des services intégrés de prévention (conseils de personnes dans la même situation, préservatifs, diagnostic et traitement des ITS et dépistage volontaire avec conseils du VIH)

76. À Cuba, un Groupe multisectoriel national d'appui au programme de contrôle et de prévention a été créé et le Plan stratégique national pour le VIH/SIDA 2006-2010 « Malades vivant avec le VIH » est en cours d'élaboration. Son objectif est d'arrêter et d'inverser la propagation du VIH et des ITS; de maintenir l'accès universel aux services de prévention de soins et de traitement, de renforcer la capacité des services des SSP et le fonctionnement des laboratoires du réseau de diagnostic du VIH dans le pays, ainsi que la promotion des actions de communication auprès du personnel de santé.

77. Au Belize, un Plan d'action a été élaboré en vue de la prévention et du contrôle des maladies transmissibles de la Prison centrale de Belize, à l'aide duquel ont été appliqués des programmes de formation à la prévention du VIH pour les prisonniers et le personnel de la prison; de plus, des services de soins ambulatoires ont été fournis aux prisonniers, ainsi que des médicaments antirétroviraux pour ceux qui ont besoin du traitement. Un groupe d'appui a également été établi pour venir en aide aux prisonniers affectés par le virus du VIH. Une étude de la séroprévalence destinée à déterminer le degré d'infection par le VIH au sein des internés dans la Prison centrale de Belize a fait état des mêmes niveaux que dans la population générale. Ce programme peut être partagé à titre de « modèle de pratiques optimales » pour être transmis aux programmes des prisons du reste de la Région.

78. Au Guyana également, l'OPS a travaillé dans les prisons en utilisant la méthodologie EII (Éveiller, inclure et impliquer), pour familiariser et former les prisonniers et les autorités au thème de l'infection par le VIH, la prise de conscience des ITS, la prévention, le changement de comportement et l'amélioration de la communication. Vingt-neuf prisonniers ont été formés ainsi que trois fonctionnaires affectés aux prisons et des contacts ont été établis avec 141 personnes dans différentes prisons au cours des sessions de prise de conscience.

79. Dans les pays des Caraïbes anglophones, un manuel a été préparé pour les agents de santé sur la prise en charge nutritionnelle de l'infection par le VIH et des agents de santé des 18 pays membres du Centre d'alimentation et de nutrition des Caraïbes (CFNI) ont été formés à son usage et son évaluation. Le manuel a été traduit et adapté à la langue hollandaise pour être utilisé au Surinam. Le manuel de formation à la prise en charge intégrée des personnes adultes affectées par le VIH destiné aux équipes de soins primaires et communautaires en Amérique latine et dans les Caraïbes a été lancé avec l'appui de l'Agence espagnole de coopération internationale.

80. Au cours de la rencontre lors de la deuxième session spéciale de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA (UNGASS) en juin 2006, les États Membres ont adopté une nouvelle déclaration politique en matière de VIH. À cette occasion, l'Organisation a marqué à nouveau le fait que la volonté politique existante et le travail conjoint de tous les pays ont démontré une réponse évidente et notable dans la Région. Toutefois, les efforts et les engagements contre l'épidémie doivent redoubler, avec une approche claire d'équité, de genre et d'égalité pour que puissent être réduits également les foyers préoccupants de stigmatisation et de discrimination qui existent encore et qui déterminent les grandes inégalités d'accès aux soins.

### *Soins de santé des populations autochtones*

81. Le premier Forum national de la santé des populations autochtones s'est tenu au Costa Rica. Y ont participé approximativement 250 délégués provenant des communautés autochtones, du secteur de la santé, de la société civile et d'autres entités publiques apparentées et des présentations ont été faites sur les expériences internationales (Brésil, Chili, Colombie, Équateur, Guatemala, Mexique, Nicaragua et Panama). Des alliances ont été établies ainsi que des propositions conjointes avec d'autres secteurs apparentés en vue de l'amélioration des conditions de vie des groupes autochtones, de l'accès opportun à des soins de qualité et de la diminution des différences avec les populations non autochtones.

82. Au Honduras, la coopération a porté sur la situation des plongeurs miskito de la côte atlantique qui présentent divers degrés d'incapacité due au syndrome de décompression aiguë en raison des conditions précaires dans lesquelles ils accomplissent

leur travail. Afin de trouver des solutions, l'OPS et la Commission interaméricaine des Droits humains de l'OEA ont convoqué les secteurs de la santé, de l'éducation, du travail et de la justice, et les groupes organisés de la société civile afin de discuter de ce problème. Dans le cadre des engagements qui y ont été pris, l'OPS a effectué l'évaluation de la capacité installée des services de santé et elle a procédé à la réhabilitation de deux chambres hyperbariques.

83. Au Costa Rica, la coopération exécute un projet avec la population Cabécar comportant des aspects d'éducation environnementale et d'infrastructure sanitaire, avec l'appui de la Direction régionale centrale du Sud et le Département d'assainissement de base de la Caisse costaricaine d'assurance sociale, ainsi qu'avec la participation de l'Association de développement, les assemblées d'éducation et les patronages scolaires de la communauté, les maîtres des écoles et les techniciens de soins primaires en santé qui animent le projet dans le milieu local.

84. En Colombie, des modèles de soins de santé ont été formulés pour les communautés autochtones, de descendance africaine, locales et gitanes, pour être incorporés dans les politiques nationales de protection sociale. L'une des expériences, en alliance avec l'Agence canadienne de développement international, porte sur l'élargissement de la couverture de l'observation directe du traitement écourté (DOTS, d'après son sigle en anglais) auprès de la population autochtone de départements indiquant une prévalence élevée de tuberculose. Les populations autochtones des départements concernés ont adhéré à 80% à l'initiative, mettant ainsi en évidence leur participation à la conception, la mise en œuvre et la diffusion des produits; un rapprochement entre les autorités et les groupes ethniques s'est également produit. Les groupes autochtones ont participé aux discussions nationales de concertation, et ont apporté des éléments techniques pour orienter les politiques nationales par rapport aux aspects interculturels spécifiques.

85. Dans le Département de Boquerón au Paraguay, la coopération a donné suite à l'initiative de construction de dispensaires et de postes de santé du Projet de développement durable du Chaco Paraguayo, ce qui a permis d'inverser la situation d'exclusion du système de soins de santé dans laquelle vivent ces populations autochtones. Également, avec l'appui financier de l'Agence canadienne de développement international, le projet « Soins de santé primaires et aspects interculturels dans les populations autochtones du Chaco central » a été développé dans le but d'améliorer les conditions sanitaires et de réduire l'exclusion sociale en santé dans les communautés autochtones. Des ressources humaines en santé provenant de ces mêmes communautés autochtones ont été formées et des méthodologies et guides ont été élaborés pour les soins et le suivi des problèmes prioritaires de la santé, fondés sur une approche intégrée et des critères interculturels.

86. Avec l'Organisme allemand pour la coopération technique, l'OPS termine le projet régional « Amélioration des conditions environnementales (eau et assainissement) dans les communautés autochtones », dont l'objectif consiste à améliorer la situation environnementale précaire de ces communautés en mettant l'accent sur la qualité de l'eau destinée à la consommation humaine, l'élimination appropriée des excréments et l'amélioration des pratiques d'hygiène. L'Argentine, le Brésil, la Bolivie, le Chili, la Colombie, le Costa Rica, l'Équateur, le Guatemala, le Honduras, le Mexique, le Nicaragua, le Panama, le Pérou, le Salvador et le Venezuela ont réussi à construire le réseau organisationnel, atteignant de manière directe environ 45 000 personnes, obtenant que les communautés autochtones aient accès à l'approvisionnement en eau, à des unités sanitaires familiales, à l'amélioration de leur logement, à des batteries de latrines, à des moyens de micro-remplissage sanitaires manuels dotés de la technologie appropriée, ainsi qu'à la disponibilité de ressources financières supplémentaires. Les efforts spéciaux portés sur la création et le renforcement des capacités, que ce soit au niveau organisationnel ou au niveau individuel, et sur la production et la diffusion de l'information, ont constitué un aspect fondamental de ce projet.

87. Au Salvador, avec la participation du Conseil coordinateur autochtone salvadorien, un groupe national de travail a systématisé l'apprentissage et les enseignements tirés du projet « Renforcement des équipes administratives de l'eau et l'assainissement de cinq communautés autochtones 2004-2005 »; les équipes administratrices de l'eau et l'assainissement et les membres des réseaux d'appui dans les communautés ont également fait profiter de leurs expériences.

88. Au Panama, un projet a été exécuté avec les populations autochtones kuna, emberá-wounan, ngobe-buglé et teribes, qui montrent les pires indicateurs de développement socioéconomique et sanitaire du pays. L'objectif du projet était de réduire la charge de maladie et de décès due aux maladies liées à l'eau contaminée et aux mauvaises conditions d'assainissement, en adaptant les technologies aux schémas socioculturels de ces populations et en tirant parti des formes traditionnelles d'organisation. La surveillance de la qualité de l'eau de consommation humaine et sa désinfection au moyen de technologies culturellement appropriées ont été mises en œuvre; le projet a également pourvu à une éducation en matière d'hygiène et veillé à la participation informée de la communauté par l'intermédiaire de comités environnementaux ou d'équipes administratrices de l'eau. Plus de 50 fonctionnaires du Ministère de la Santé qui travaillent aux aspects de l'interculturalité dans les zones autochtones ont été formés.

89. Jusqu'à l'année 2006, le projet régional Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) communautaire a réalisé des projets dans 32 communautés de faibles ressources de 10 pays, dont de nombreuses sont d'origine autochtone, comme c'est le cas de Pailaviri en Bolivie, et de Huancané au Pérou. En Équateur, un atelier de validation du



guide pour le travail interculturel avec les communautés autochtones a été organisé pour renforcer l'approche interculturelle de la santé dans la composante communautaire de la stratégie PCIME.

90. En Bolivie, un modèle de soins de l'accouchement comportant une approche interculturelle a été appliqué dans les départements de Potosí et de La Paz; le modèle sera mis en œuvre dans tout le pays, conformément à la résolution ministérielle signée récemment. Avec la Coopération italienne et Save the Children, le Guide pour les soins interculturels de la santé maternelle a été produit et le document « Protocoles de soins maternels et néonataux culturellement appropriés » a été publié. Deux manuels ont également été produits pour les accoucheuses traditionnelles : Manuel de l'accoucheuse traditionnelle Terres Hautes et Manuel de l'accoucheuse traditionnelle Terres Basses.

91. Au Mexique, l'OPS exécute le Programme pour la prévention et l'élimination du trachome dans Los Altos de Chiapas; cette maladie affecte les populations autochtones (essentiellement tzeltales), en particulier les femmes et les enfants en âge scolaire. Le Programme propose une approche intégrée et participative du problème dans la communauté, en utilisant des stratégies de base pour le contrôle, la surveillance épidémiologique, les soins médicaux, le lavage du visage et l'assainissement de base (SAFE, d'après son sigle en anglais). Entre 2002 et 2005, le Programme a augmenté de 21% à 97% la couverture de l'exploration oculaire pour la détection du trachome dans les communautés à risque, et s'est conformé à tous les critères d'élimination du trachome comme cause de cécité, y compris le traitement antibiotique pour tous les cas décelés jusqu'à avril 2006. Cette expérience mexicaine peut servir de modèle au reste du pays.

92. Au Guatemala, le trachome a été détecté au moyen du dépistage de la population vivant dans la zone endémique, en particulier les groupes les plus affectés et leurs contacts. Au cours de 2005, 7 800 personnes ont été examinées dans 92 communautés (avec une population totale de 75 000 à 100 000 personnes, en majorité autochtones) des départements de Sololá et Suchitepequez. Six cent trente-trois cas de maladie active ont été détectés et traités avec un onguent à la tétracycline, à faible coût ou gratuit, par le biais d'un programme géré par le Comité pour les aveugles et les sourds du Guatemala. Un programme d'éducation et de promotion a été développé et coordonné avec des actions d'assainissement et d'accès à l'eau salubre.

*Les défis des soins de santé des personnes âgées*

93. L'augmentation de la longévité et, par conséquent, le vieillissement de la population constitue l'un des défis les plus importants pour la santé publique en Amérique latine et dans les Caraïbes. Au cours des 25 dernières années, l'espérance de vie à la naissance des Latino-américains et Caribéens a augmenté de 17 ans; 78,9% des personnes qui naissent dans la Région vivront au-delà de 60 ans et près de 40%, au-delà de 80 ans.

94. Au Belize, le Cabinet a adopté une politique pour les personnes âgées et un Conseil national du vieillissement a été établi en tant que mécanisme pour surveiller son exécution. Un Plan d'action national pour les personnes âgées a été élaboré ainsi qu'un plan stratégique pour guider les programmes du Conseil. Actuellement, un système intégré de soins de santé avec fourniture de médicaments pour les personnes âgées est à l'étude, ainsi que le renforcement de la capacité pour promouvoir leurs droits et leurs libertés fondamentales.

95. À Cuba, une Commission a été créée pour analyser les facteurs et les circonstances qui ont une influence sur l'espérance d'une vie de qualité de la population de 60 ans et plus, et pour faire des propositions aux niveaux supérieurs du Système national de santé et du Gouvernement. Parmi ses fonctions, il y a l'identification d'indicateurs appropriés au milieu local et la gestion du programme national; le développement de recherches et d'études, et la formulation d'actions à caractère intégré et participatif. La Commission est composée de groupes de spécialistes de la santé et d'autres secteurs, et ses participants sont les municipalités, le Programme national de soins aux personnes âgées, l'Observatoire sur la charge de mortalité et l'espérance de vie et le Centre de recherche sur la longévité, le vieillissement et la santé du Ministère de la Santé publique.

96. Au Chili, une monographie a été élaborée pour systématiser les expériences d'institutions de santé en Amérique latine sur le thème des personnes âgées. Elle comporte des contributions axées sur l'incorporation du concept de l'auto-traitement dans les politiques nationales de la santé; celles qui ont produit des changements structurels ou organisationnels pour faciliter les soins de santé, en mettant l'accent sur l'auto-traitement, et celles qui sont utilisées dans la pratique professionnelle au niveau institutionnel. La monographie a été élaborée avec l'Université catholique pontificale, des professionnels du domaine de la santé, des institutions de formation des ressources humaines en santé (secteur académique), des réseaux de services de santé, les personnes âgées en tant que bénéficiaires et leurs organisations, des conseillers du Brésil, du Chili et du Mexique et quelques associés d'Amérique du Nord comme l'Université de Cleveland, ÉUA et l'Université d'Ottawa au Canada. Avec l'appui de la Commission nationale de recherche scientifique et technologique, un projet d'assistance téléphonique

a été mis en œuvre pour les personnes âgées, projet appelé « Modèle de soins téléphoniques en tant que composante de programme cardiovasculaire ».

### ***Protection des handicapés***

97. Des ateliers de formation aux droits humains et au handicap sont organisés à Antigua et Barbuda, en Argentine, à la Barbade, au Brésil, au Chili, au Costa Rica, en Équateur, à la Grenade, au Guatemala, au Honduras, au Nicaragua, au Panama, au Paraguay, au Pérou, en République dominicaine et au Salvador. L'objectif est de collaborer techniquement avec les États à la formulation ou la réforme de leurs politiques, plans, législation et services liés à la réhabilitation, ainsi qu'à la coordination de réseaux nationaux pour la promotion et la protection des droits des personnes atteintes de handicaps physiques, mentaux, sensoriels et d'autre nature. Dans quelques pays ont été établis des comités techniques qui travaillent aux politiques et à la législation du handicap (surtout mental), conformément aux normes générales et principes internationaux de droits humains et du handicap. Dans certains d'entre eux, les organes de défense des droits humains ont commencé à mettre en œuvre des mécanismes de plaintes et de supervision des droits humains des personnes handicapées au moyen de visites *in situ*.

98. Au Panama a été créé le Plan national du handicap 2005-2009, qui comporte des actions destinées à améliorer l'accès aux services de réhabilitation et à des aides techniques appropriées. Le Cabinet social et le Conseil national consultatif pour l'intégration sociale des personnes handicapées est chargé de son développement et de son suivi et le Secrétariat national pour l'intégration sociale des personnes handicapées, de son exécution et de la coordination et de l'alignement entre les ministères. Des activités telles que les examens prénatals en vue de la détection précoce du handicap causé et la fortification au moyen de l'acide folique et de la vitamine A pour la prévention de handicap pour causes nutritionnelles ont été ajoutées à l'ensemble de soins intégrés de services de santé administrés gratuitement aux populations les plus vulnérables et les plus isolées du pays. Le programme « Inclusion » a également été créé, établissant des actions intersectorielles telles que l'élaboration de normes architecturales, ou l'incitation aux écoles et collèges « inclusifs ».

99. Au Honduras, au Nicaragua et au Salvador, un plan de soins intégrés des personnes handicapées a été développé, incorporant la stratégie de réhabilitation de base communautaire. Cette stratégie se focalise sur la participation active de la communauté, emploie une technologie simple et utilise les systèmes publics de services. Les secteurs de la santé, de l'éducation et du travail ont été impliqués dans le processus, ainsi que les mairies et les organisations non gouvernementales et des Commissions locales de réhabilitation ont été formées. Les résultats obtenus sont une plus grande incorporation des personnes handicapées dans la sphère productive; l'intégration des enfants

handicapés à l'école régulière, et la rénovation de l'infrastructure et de l'équipement des services de réhabilitation.

100. Au Paraguay, suite à la demande de mesures pour protéger les personnes internées à l'Hôpital neuropsychiatrique du Paraguay, le renforcement de la gestion et du fonctionnement du réseau de services a été assuré, l'infrastructure dans l'hôpital a été améliorée et des brigades mobiles de santé mentale ont été établies. La coopération a travaillé avec la société civile et d'autres institutions coopérantes, telles que la faculté de psychiatrie de l'Université nationale d'Asunción, pour renforcer le développement de processus nationaux. Elle a appuyé la formation de fonctionnaires nationaux au niveau international et a organisé au niveau national les ateliers « Politiques de santé mentale et services de santé » et « Droits humains et santé mentale »; également, une journée de travail a été réalisée avec les fonctionnaires du programme de santé mentale et l'hôpital psychiatrique, afin de renforcer l'humanisation et la qualité des soins.

### ***Communautés dans les zones à haut risque***

#### *Les personnes affectées par les catastrophes naturelles*

101. Au Guatemala, l'ouragan Stan a endommagé 251 des 331 municipalités du pays et 130 179 personnes ont subi des dégâts, sans parler des nombreux morts et disparus. En réponse, le Gouvernement et le Système des Nations Unies ont mis en œuvre de manière coordonnée des plans d'aide humanitaire couvrant l'eau, l'assainissement et l'hygiène, la sécurité alimentaire et nutritionnelle et les soins de santé. Les plans ont reçu un financement de US\$ 3.135.844 contribué par les pays qui ont répondu rapidement à l'appel interinstitutionnel urgent (Flash Appeal) : le Canada, Monaco, la Norvège, les Pays-Bas, la Suède et le Bureau régional du Gouvernement des États-Unis d'assistance aux catastrophes à l'étranger. Il convient de souligner la flexibilisation des systèmes administratifs pour faciliter l'acquisition des produits nécessaires au niveau national et la possibilité de recours aux services et apports médicaux pour éviter les maladies transmissibles propres aux catastrophes. Au Salvador également la réponse a été donnée à la population au moyen de l'aménagement de refuges, de la mobilisation du personnel de santé, de l'amélioration des services sanitaires de base, de l'installation de latrines et de la fourniture de produits pour la purification de l'eau.

102. Au Guyana, à la suite des inondations de 2005, l'OPS a appuyé le développement d'un projet eau, environnement et assainissement pour atténuer les répercussions de leurs séquelles dans 33 écoles des zones les plus affectées à Georgetown et sur la côte Est. Au moyen de l'assainissement (inodore), la capacité de stockage de l'eau a été augmentée en installant des réservoirs supplémentaires; également, des pompes à eau ont été installées là où il n'y en avait pas et celles qui ont subi des dommages à cause des inondations ont

été remplacées. De plus, le ramassage des déchets solides a été amélioré au moyen de la fourniture de tonneaux de stockage des déchets résiduels.

103. À la Grenade, un projet a été mis en route pour la reconstruction complète du Foyer de personnes âgées Richmond Hill, dont la structure a été gravement endommagée par l'impact des ouragans Ivan et Emily.

104. En Haïti, de l'équipement médical et des médicaments ont été fournis aux hôpitaux de Jacmel et des Cayes et des médecins ont été formés à la prise en charge des urgences liées aux catastrophes naturelles et aux catastrophes causées par l'homme, ainsi que celles liées aux risques industriels.

105. L'OPS a également collaboré avec le Centre de réhabilitation international au développement de plans d'intervention pour évacuer les patients handicapés dans des situations d'urgence et de catastrophe.

#### *Les habitants en situation de pauvreté*

106. Au Venezuela, il existe 17 missions sociales, qui sont des programmes rapides d'inclusion massive et de réadéquation de l'État aux nécessités de la population. La Mission Barrio Adentro est l'axe central de la transformation du système de santé vénézuélien; elle a commencé en 2003 dans une municipalité de Caracas, grâce à l'appui du Gouvernement cubain, qui à la fin de cette même année a envoyé près de 12 000 médecins cubains pour couvrir tout le pays. Actuellement, il existe environ 8 500 nouveaux points de consultation dans les zones les plus pauvres du pays, dont plusieurs milliers fonctionnent dans des maisons situées dans des colonies précaires qui ont été cédées pour que s'y installent les points de consultation et vivent les médecins cubains pendant que se construisent 5 500 nouveaux points de consultation; de plus, il y a 4 000 odontologues et des centaines d'ophtalmologues. En mars 2006, un atelier de systématisation de l'expérience de la Mission Barrio Adentro a démarré, composé de membres de la Mission médicale cubaine, de consultants internationaux, de l'Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture et de l'OPS. La tâche se poursuivra avec Barrio Adentro II (construction de 600 centres de diagnostic intégré et de 600 salles de réhabilitation intégrée) et Barrio Adentro III (renforcement et équipement du réseau hospitalier conventionnel).

107. Au Pérou, l'Assurance maladie intégrée (SIS selon son sigle espagnol) a été créée en 2002. Sa mission prioritaire est d'administrer les fonds destinés au financement des prestations de santé individuelle en faveur des femmes enceintes et de la population infantile, adolescente et amazonienne en situation de pauvreté et d'extrême pauvreté, qui ne disposent pas de l'assurance maladie. Le SIS possède une composante de semi-contribution pour les groupes démographiques disposant d'un pouvoir d'achat restreint;

son impact principal a été d'avoir doublé la couverture de l'assurance publique de la population pauvre, en la faisant passer de 30,1% en juillet 2001 à 70,5% en décembre 2005. L'expérience et les résultats en santé du SIS ont stimulé et favorisé un consensus national sur la nécessité d'étendre sa couverture sur la voie d'un schéma d'assurance nationale en santé pour toute la population et toutes les nécessités de base vitales, auquel se sont engagés toutes les forces politiques et le Gouvernement récemment élu.

108. Dans 10 pays des Caraïbes, le Programme de petites subventions — doté de fonds du Département de l'Agriculture des États-Unis et de l'Institut interaméricain de coopération pour l'agriculture en tant qu'associé opérationnel — offre des opportunités aux groupes communautaires (actuellement au nombre de 23) pour concevoir et exécuter des petits projets novateurs destinés à améliorer la sécurité alimentaire et nutritionnelle et à réduire la pauvreté. Une évaluation des processus a montré que tous les groupes ont établi une base solide pour les activités soutenues de production et ont obtenu des revenus, un emploi et des aliments d'autoconsommation à travers les projets. Un effet multiplicateur est escompté, avec davantage de fonds pour accroître l'échelle et les activités existantes et réaliser de nouveaux projets.

109. Au Nicaragua, les processus de développement local ont été poursuivis dans les municipalités pauvres à vulnérabilité élevée à l'insécurité alimentaire et nutritionnelle; les processus ont été axés sur la coordination et l'accompagnement d'initiatives relatives à la promotion de l'approche intégrée de municipalités saines et productives, le transfert de la technologie et la formation, la coopération technique horizontale, la mobilisation des ressources et la concertation. De plus, afin de canaliser la coopération vers les 11 départements définis prioritaires, le Bureau du pays s'est organisé de façon matricielle se basant sur la coopération technique intensifiée fonctionnellement décentralisée; ceci a été un processus de travail engagé avec les autorités locales (gouvernements autonomes, administrations municipales et entités décentralisées du Gouvernement national), à travers l'appui au développement de leurs capacités et la coordination des efforts avec d'autres associés. L'initiative est en cours de systématisation afin de dégager les enseignements tirés qui peuvent s'avérer utiles à l'avenir pour d'autres Bureaux de pays.

110. La stratégie des municipalités et communautés saines (MCS) représente l'exécution locale d'une des initiatives les plus efficaces de la promotion de la santé, qui focalise davantage ses actions sur les déterminants de la santé que sur les conséquences des maladies. L'Argentine, le Costa Rica, Cuba, le Mexique, le Paraguay et le Pérou disposent de réseaux nationaux de MCS, alors que le Brésil, le Canada et les États-Unis ont plusieurs réseaux actifs au niveau sous-régional.

111. Le Costa Rica a élaboré le Plan stratégique national de cantons écologiques et sains qui porte sur le réseau Red-CES auquel participent 55 cantons du pays. La stratégie des cantons écologiques et sains constitue un outil important pour améliorer les

indicateurs sociaux et de santé, aux niveaux local et régional en comblant les écarts et les inégalités.

112. Au Paraguay, une évaluation participative a été réalisée pour un projet qui est en œuvre depuis 2002 dans la municipalité d'Emboscada, dont plus de 20% de la population se trouve en situation d'extrême pauvreté. L'objectif du projet consiste à renforcer la gestion locale au moyen de la formulation, l'exécution et le suivi de projets multisectoriels et d'une vaste participation sociale, visant à améliorer le niveau de vie et le bien-être de la population dans les domaines de la santé, de l'environnement et de l'éducation. En trois ans des projets ont été développés tels que la lombriculture familiale et commerciale, les carrières saines, l'élimination de déchets solides pathologiques du centre de santé, le renforcement des jardins potagers scolaires et familiaux, l'élaboration d'aliments de soja, l'établissement de réfectoires pour enfants (dans lesquels on apprend également aux mères à cuisiner les produits locaux) et l'amélioration des soins de la santé infantile, entre autres. Le programme PCIME a été implanté et s'est traduit par un accroissement des consultations de suivi de la santé infantile et de la formation des mères aux soins de leurs enfants.

113. En Uruguay, des projets ont commencé à se développer avec une approche de « communauté saine » dans des zones défavorisées destinés principalement à l'encouragement de la participation communautaire à la recherche de solutions pour la population rurale et sous-urbaine en situation de risque. Des zones et des régions ont été définies pour action, avec un rôle actif des intendances municipales; interviennent également le Ministère de l'Élevage, de l'Agriculture et de la Pêche, l'OPS, d'autres ministères, les programmes nationaux de développement (comme l'Uruguaya Rural/FIDA), des ONG et les communautés concernées. À l'occasion de la première Rencontre nationale des communautés productives et saines, qui s'est tenue à Montevideo en 2006, les progrès ont été examinés et les stratégies et plans d'avenir ont été esquissés.

114. En Colombie, avec l'appui d'organismes donateurs du Canada, des États-Unis et de l'Union européenne, un programme de coopération est exécuté depuis 1998 pour améliorer l'accès aux biens et aux services de santé des populations déplacées. Avec la participation des bénéficiaires et des autorités, du matériel d'information a été conçu et diffusé; également, la conception et le développement d'un logiciel ont été appuyés afin d'organiser la base de données des populations déplacées et d'assurer la promotion et l'appui du système d'information en santé et de surveillance épidémiologique de ces populations. Dans ce processus, huit bureaux de terrain ont été établis, en coordination avec les autorités sanitaires, dans les villes et les départements où vit le plus grand nombre de personnes déplacées; outre le travail concernant les programmes des personnes déplacées, ces bureaux ont appuyé les autorités pour atténuer les effets des catastrophes naturelles qui ont affecté le pays pendant cette année, en particulier les

inondations et glissements de terrains de la vague hivernale et d'autres urgences provoquées par des éruptions volcaniques.

115. En Haïti, l'OPS a prêté assistance à la préparation, au financement, au suivi et à l'évaluation du projet d'assainissement et d'amélioration de l'apparence de certaines zones de Cité Soleil, le quartier le plus vaste de Port-au-Prince. Les objectifs généraux de ce projet sont de créer un pont de la santé pour la paix; de générer des emplois temporaires pour les jeunes et de contribuer à améliorer la situation d'insalubrité du milieu ambiant au moyen d'une campagne de propreté publique, accompagnée d'activités d'éducation sanitaire et de mobilisation sociale.

116. Au Mexique, l'Assurance médicale populaire a marqué son point de départ officiel en janvier 2004. Le nouveau système entend fournir progressivement à la population non assurée une option d'assurance publique volontaire. Le régime couvre les familles affiliées à l'aide d'un ensemble explicite d'interventions essentielles et de quelques traitements médicaux sélectionnés considérés « catastrophiques » à cause de leur coût élevé. Pour chaque famille qui souscrit, le Gouvernement fédéral et le gouvernement de l'État fournissent des ressources, qui sont complétées par de petits quotas familiaux contribués par les assurés et définis selon le niveau de revenu de chaque famille. En octobre 2005, le nombre de familles couvertes par l'assurance populaire était d'environ 3 millions; la moitié de la couverture prévue de 5 millions de familles, correspondant à 20 millions de Mexicains, devrait être atteinte d'ici la fin de 2006.

#### *Communautés qui vivent dans les zones frontalières*

117. Les Gouvernements de l'Équateur et de la Colombie se sont engagés à structurer un Plan binational de développement de la zone d'intégration frontalière, qui comporte les projets de surveillance et de prévention d'événements d'intérêt pour la santé publique et le renforcement de la surveillance de la qualité de l'eau dans les systèmes du cordon frontalier. Lors de la réunion de la Commission technique binationale de la santé (mars 2006), la coopération binationale en santé a été évaluée et des actions et des projets en faveur de la population frontalière ont été recensés.

118. À la frontière du Mexique et des États-Unis, la coopération travaille pour faire progresser le programme Frontière saine 2010, destiné à améliorer la couverture des vaccinations des enfants de moins de 4 ans. Ce programme est réalisé en alliance avec la Commission de santé frontalière Mexique-États-Unis, les Centres de lutte et de prévention des maladies des États-Unis et le Secrétariat à la Santé du Mexique, ainsi que de multiples collaborateurs des États frontaliers. Au titre de la stratégie permanente de suivi des programmes de vaccination, depuis 2004 trois semaines de vaccination binationale ont lieu chaque année à cette frontière. À El Paso au Texas, les migrants mexicains sont vaccinés au guichet de santé du Consulat du Mexique.



119. Dans le cadre de la stratégie des Municipalités transfrontières, au cours de 2005 ont été développées et formulées de nombreuses initiatives de travail municipal et transfrontalier, dont de nombreuses entrant dans le cadre de la modalité de coopération horizontale entre pays; parmi les exemples, on peut citer la région du Trifinio, le Corridor du Golfe de Fonseca, la frontière du Nicaragua et du Costa Rica, ainsi que la frontière du Costa Rica et de Panama. Les initiatives de sécurité alimentaire et nutritionnelle ont encouragé des microentreprises rurales productrices d'aliments, de gestion féminine, et le transfert de nouvelles technologies à des entreprises existantes pour produire des aliments salubres.

120. À la frontière de l'Uruguay (dans les départements de Artigas et Rivera, caractérisés par un indice de pauvreté très élevé) et du Brésil, une initiative multisectorielle et de leadership communautaire est exécutée, s'inscrivant dans la stratégie de communautés productives et saines. L'initiative encourage des interventions spécifiques de promotion de la santé et de prévention et traitement des infections par transmission sexuelle et VIH, en collaboration et coordination avec les interventions de l'autre côté de la frontière au Brésil. La population ciblée prioritaire est la plus vulnérable, comme les enfants des rues, les adolescents, les professionnelles du sexe, la population des prisons et les utilisateurs de drogues.

*Communautés affectées par une surcharge de risques et de maladies infectieuses*

121. Le Programme régional du paludisme a développé un plan stratégique de lutte contre le paludisme pour la période 2006-2010. Ce Programme pose le défi actuel du paludisme dans la Région, discute des domaines prioritaires de l'OPS pour la coopération technique et s'inscrit dans l'initiative « Faire reculer le paludisme » dans l'objectif de la déclaration du millénaire consistant à enrayer et à commencer à réduire l'incidence du paludisme (et d'autres maladies importantes) avant 2015.

122. Le Mexique et les pays d'Amérique centrale exécutent un projet destiné à promouvoir la participation de la communauté à la lutte contre le paludisme. Avec le financement de l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID), les pays qui partagent la jungle amazonienne en Amérique du Sud ont formé un réseau qui, entre autres activités, a facilité la recherche dont les résultats ont été utilisés pour définir les politiques du traitement du paludisme. Suivant les orientations de l'OPS, six pays (Bolivie, Équateur, Guyana, Pérou, Surinam et Venezuela) utilisent actuellement des combinaisons de médicaments dérivées de l'artémisine pour le traitement du paludisme. La réduction des cas en Argentine, au Mexique, au Paraguay et au Salvador au cours des cinq dernières années a été suffisamment constante et substantielle pour que l'on puisse considérer que la transmission a été potentiellement éliminée dans ces pays.

Et il n'y a pas eu non plus de cas de réintroduction du paludisme dans les pays déclarés exempts de transmission au cours des années précédentes.

123. En Amérique centrale, l'OPS participe à la coordination technique et au transfert de la stratégie dénommée « traitement focalisé », avec l'appui financier du Fonds pour l'environnement mondial et la collaboration technique du Secrétariat à la Santé du Mexique. La stratégie, mise en œuvre avec succès au Mexique, comprend la stratification épidémiologique intégrale, le traitement des cas au moyen d'une dose unique mensuelle, l'élimination des parasites dans la population persistante et le contrôle antilarvaire écologique par le biais de la participation communautaire et l'amélioration du logement et de l'hygiène familiale.

124. Au Surinam, à la suite de l'initiative du Ministère de la Santé, l'OPS a adopté une approche intégrée et coordonnée pour appuyer le contrôle et la prévention du paludisme parmi les groupes affectés. L'OPS est responsable de la coordination opérationnelle des activités dans le Réseau de surveillance de la résistance aux médicaments contre le paludisme en Amazonie, en coopération avec l'Initiative amazonienne contre le paludisme et l'USAID, et utilise les résultats de celle-ci dans l'exécution du Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme.

125. Le « Plan stratégique régional de lutte contre la tuberculose 2006-2015 » a été élaboré en 2005, en étroite collaboration avec les pays. Il comprend l'engagement à mettre en œuvre ou renforcer les activités de collaboration TB/VIH et les stratégies spécifiques pour les populations vulnérables, dans le but d'obtenir une Région exempte de tuberculose. D'autre part, l'OPS stimule les programmes nationaux de lutte contre la tuberculose pour qu'ils répondent par des interventions novatrices visant à obtenir un meilleur accès aux services de santé, une identification adéquate des cas et des résultats positifs du traitement. Ces interventions exigent la combinaison des engagements intersectoriels, la mobilisation sociale et l'application de stratégies reconnues au plan international.

126. Au Brésil, les progrès dans l'exécution du Plan d'action pour le contrôle de la tuberculose 2004-2007 et l'implantation de la stratégie DOTS, mettant l'accent en particulier sur les 315 municipalités prioritaires, a eu pour effet des progrès considérables dans la couverture de DOTS, passant de 34% en 2003 à 52% en 2004. En ce moment et avec l'appui de l'OPS, le pays élabore le Plan stratégique 2006-2015, dans le but de réaliser les objectifs du millénaire et de réduire de moitié la prévalence et la mortalité due à la tuberculose.

127. En République dominicaine, l'OPS a poursuivi la coopération technique concernant le programme national de lutte contre la tuberculose, en améliorant la capacité de gestion et opérationnelle aux niveaux provinciaux et dans les établissements

de santé. Au titre de la stratégie DOTS et de la mobilisation tolérance zéro, l'OPS appuie l'amélioration de la capacité du diagnostic de laboratoire, le système d'information, l'interprétation et l'usage des données et la participation et mobilisation sociales. Les interventions effectuées pour la prévention et le contrôle de la tuberculose ont contribué à obtenir une guérison des patients traités pour cette maladie supérieure à 85% et une plus grande détection à 70%.

128. L'OPS a joué un rôle fondamental dans la prévention, le contrôle et la surveillance de la maladie de Chagas, que ce soit à travers le secrétariat technique des Initiatives sous-régionales (Cône Sud, Amérique centrale, andine, amazonienne, Mexique) ou à travers l'appui aux activités spécifiques mises en œuvre par les pays. En raison des actions effectives de contrôle, les services de santé de la majorité des pays endémiques notifient une incidence moindre de cas aigus et une prévalence moindre de pathologie chronique cardiovasculaire ou digestive, en conséquence d'une réduction de l'infection primaire et de la réinfection réitérée dans la population exposée. Dans le cadre de l'Initiative du Cône Sud, en 2006, l'interruption de la transmission vectorielle du *Trypanosoma cruzi* par *Triatoma infestans* a été réalisée dans tout le Brésil (13 États endémiques); en bref, le Paraguay pourra valider l'interruption de la transmission pour toute sa Région orientale. En Amérique centrale, l'Initiative sous-régionale a accompli des progrès considérables dans l'élimination du principal vecteur domiciliaire dans tous les pays, ainsi que dans l'élimination domiciliaire effective dans des zones du Guatemala et du Honduras. Les pays de l'Initiative andine travaillent également au développement de leurs programmes nationaux. L'Initiative amazonienne de Chagas a commencé à instrumenter sa surveillance, en interaction avec la surveillance du paludisme. Au Mexique, des progrès ont été accomplis dans la définition des priorités de prévention et de contrôle à l'aide de la formulation de nouvelles normes de santé sur ce thème, et d'interventions pilotes dans un des États.

129. En République dominicaine des stratégies novatrices sont en cours de développement concernant la prévention et le contrôle de la dengue, comprenant la participation de la communauté et mettant l'accent sur la communication en vue du changement de conduite. Le Manuel de diagnostic et de traitement de la dengue-dengue hémorragique a été actualisé et publié et l'OPS a contribué à l'élaboration et la publication des Guides pour la prise en charge des maladies infectieuses en République dominicaine, tous deux destinés à améliorer la qualité des soins.

130. Au cours de 2005 a été initié le processus de socialisation et d'exécution de la Stratégie globale pour poursuivre la réduction de la lèpre et la durabilité des actions de contrôle de la maladie (2006-2010), tant dans les pays anglophones des Caraïbes que dans les pays faisant partie du MERCOSUR. La Stratégie s'efforce d'atteindre la durabilité au moyen de l'intégration des actions de diagnostic, de traitement et prévention des handicaps dans les services de soins primaires, ainsi qu'un système approprié de surveillance des cas, récurrences et handicaps, afin de continuer à progresser sur la voie de

l'objectif à long terme de l'interruption de la transmission. Une réunion de responsables de programmes de lutte contre la lèpre s'est tenue au Guyana en mai 2005 ainsi qu'une autre réunion des responsables des pays du MERCOSUR. Le Paraguay a élaboré un projet pour le renforcement de la capacité résolutive dans la lutte contre la lèpre présenté à la coopération espagnole, et à la coopération allemande pour la lèpre et la tuberculose. L'OPS a également appuyé les coordinateurs des programmes de lutte contre la lèpre de la République dominicaine et du Paraguay dans l'élaboration de la salle de situation de santé.

131. Les stratégies de vaccination en vue de l'élimination de la rubéole et du syndrome de la rubéole congénitale dans les Amériques ont fait preuve de progrès accélérés. Jusqu'à juin 2006, 84% des pays et territoires des Amériques ont exécuté leurs plans de vaccination et ont obtenu des cohortes importantes d'adultes protégés. Les pays anglophones des Caraïbes, la Bolivie, la Colombie, le Costa Rica, l'Équateur, le Honduras, le Nicaragua, le Paraguay et le Salvador, ont réalisé des campagnes de vaccination de masse d'hommes et de femmes d'âge adulte, alors qu'au Chili et au Brésil, seules les femmes en âge de procréer ont été vaccinées, les campagnes atteignant une couverture supérieure à 95%. Les autres pays réaliseront les campagnes de vaccination au cours du second semestre de 2006 et du premier semestre de 2007.

132. Une série de guides pratiques a été publiée sur la rubéole, la rougeole, la poliomyélite, le tétanos néonatal et la fièvre jaune, et une autre série sur le contrôle de la diphtérie, la coqueluche, le tétanos accidentel, les maladies invasives causées par *Haemophilus influenzae* type b et l'hépatite B. Le premier numéro du bulletin Immunisation dans les Amériques a également été publié, une référence de poche pour suivre les progrès annuels des pays de la Région en matière de vaccination.

133. La surveillance hospitalière du rotavirus a été mise en place dans 10 pays et une alliance a été créée au sein de l'OPS pour accélérer et faciliter l'introduction de vaccins contre le virus du papillome humain, responsable du cancer utérin.

134. En 2005, l'OPS a souligné le besoin de préparer les pays du Cône Sud à l'arrivée possible du virus du Nil occidental (VNO), en raison de flambées aux États-Unis et de cas isolés détectés en Amérique centrale et au Venezuela, ainsi que leur arrivée par les routes des oiseaux migrateurs transmetteurs du virus. Par conséquent, en 2005 et 2006 deux ateliers internationaux ont été organisés à l'Institut national des maladies virales humaines en Argentine. Dans ces ateliers, des épidémiologistes et des virologistes ont été formés aux aspects théoriques et pratiques du diagnostic et de la surveillance du VNO. Le 19 avril 2006, l'Argentine a notifié la détection du VNO dans des prélèvements de cerveau de trois chevaux autochtones, ce qui a incité le Ministère de la Santé à alerter les directions d'épidémiologie des provinces et à diffuser et renforcer les mesures de prévention et les recommandations dans le but de restreindre le risque de

contracter la maladie. Jusqu'à présent, il n'y a pas eu d'autre cas notifié, ni chez les chevaux ni chez les hommes.

### **Chapitre 3**

## **LE DÉVELOPPEMENT INSTITUTIONNEL DE L'OPS PROGRESSE**

### ***Engagement envers le Plan stratégique 2003-2007***

135. Depuis 2003 de multiples efforts ont convergé pour favoriser et faciliter des progrès importants dans le développement institutionnel de l'Organisation. Ainsi, des progrès ont pu être accomplis de manière positive sur les cinq objectifs du Plan stratégique 2003-2007 du Bureau sanitaire panaméricain : mieux répondre aux nécessités des pays; encourager de nouvelles modalités de coopération technique; se transformer en un forum régional; se convertir en une organisation d'apprentissage fondée sur le savoir, et améliorer les pratiques de gestion.

136. Ce processus de renforcement institutionnel a tenu compte des recommandations de diverses équipes qui ont analysé l'Organisation sous différentes perspectives : le Groupe de travail sur l'OPS au 21<sup>e</sup> siècle, pour positionner l'Organisation vis-à-vis des défis stratégiques de la santé publique dans les Amériques; le Corps commun d'inspection des Nations Unies, qui a examiné l'application de la gestion axée sur les résultats, et les auditeurs internes et externes. L'objectif commun a été centré sur le renforcement du travail de l'Organisation, en tant qu'instrument pour le développement national de la santé, améliorant l'appui aux pays, renforçant les pratiques de santé et contribuant de manière effective au fonctionnement des systèmes de santé. Progressivement, divers résultats se sont concrétisés et de nombreuses actions ont servi à dynamiser et favoriser des initiatives qui étaient déjà en cours, ce qui a constitué une expérience d'apprentissage et de croissance qui a impliqué l'ensemble de l'Organisation.

137. En 2005, le Comité exécutif a établi un Groupe de travail sur la rationalisation des mécanismes de gouvernance, dans le but de réviser certains organes directeurs de l'Organisation et élaborer des recommandations sur le fonctionnement et les finalités du Sous-Comité de planification et programmation, du Sous-Comité sur la femme, la santé et le développement et du Comité permanent d'organisations non gouvernementales. La révision du processus d'élection du Directeur du Bureau sanitaire panaméricain et l'amélioration des règlements internes des Organes directeurs ont également fait partie des compétences de ce Groupe de travail.

### ***Un programme de travail et un Secrétariat plus stratégiques***

138. En ce qui concerne l'harmonisation avec le Programme général de travail de l'OMS, les points focaux par secteurs de travail ont été redéfinis entre toutes les régions de l'OMS, et ces secteurs se sont mis à travailler comme un réseau actif et participatif, ce qui facilite la définition et la distribution des responsabilités entre les parties et les niveaux de l'OMS en vue d'atteindre les objectifs convenus. Le flux des ressources s'en est trouvé amélioré pour obtenir les résultats attendus, qui ont été agréés avec les États Membres. Depuis 2005, il y a eu une affectation de ressources globales (de contributions régulières et volontaires) de l'OMS aux Amériques de \$30 millions. D'autre part, le Canada a été le premier pays à fournir des ressources volontaires spécifiques pour le renforcement institutionnel de l'OPS et c'est un pays surveille attentivement l'affectation juste des ressources globales pour les travaux de la Région et pour les pays prioritaires des Amériques.

#### ***Davantage de ressources financières pour la coopération technique***

139. Au niveau financier, les Organes directeurs ont approuvé en 2004 la Stratégie pour augmenter le taux de recouvrement des contributions qui comporte les éléments suivants : donner accès, à travers l'Intranet et l'Internet de l'OPS, à la situation actuelle des contributions dues; accepter les paiements en monnaie locale; encourager le paiement des contributions sur la durée de l'exercice financier, et assigner le recouvrement des contributions comme une responsabilité fondamentale des Représentants de l'OPS et du personnel des hautes instances dirigeantes. En 2005, il s'est produit un événement institutionnel historique, en ce sens que tous les États Membres, les Membres participants et l'État Membre associé se sont acquittés d'une partie au moins de leurs contributions, ce qui n'était pas arrivé depuis 1990.

140. En 2005, les revenus provenant de fonds extrabudgétaires ou volontaires se sont montés à US\$ 64,3 millions, ce qui représente une augmentation d'environ 25% par rapport à la même période dans la période biennale antérieure. Le montant reçu pour aider à atténuer les catastrophes naturelles a considérablement augmenté, passant de US\$ 0,8 million en 2004 à US\$ 9,5 millions en 2005. Dans ce processus si réussi, il convient de souligner que plusieurs des principaux gouvernements qui contribuent volontairement à l'OPS ont établi une modalité d'appui programmatique intégré et pluriannuel, ce qui fait état d'une plus grande confiance dans la capacité du Secrétariat. Les contributions volontaires pour des projets régionaux spécifiques ont également augmenté en devenant plus importantes en volume et en durée de temps, ce qui permet d'établir des résultats plus ambitieux et qui réduit les coûts de transaction.

#### ***Instruments de planification et programmation renforcés et modernisés***

141. Un dialogue et une participation permanents ont été maintenus pour harmoniser la définition des programmes de pays avec les objectifs nationaux, le Programme général de

travail de l'OMS et les objectifs mondiaux. Ceci est clairement mis en évidence dans les processus d'analyse du budget programme biennal (BPB) 2004-2005 et 2006-2007; des BPB sous-régionaux ont également été élaborés et une nouvelle version du système AMPES/OMIS a été installée pour la gestion des projets, qui incorpore la politique régionale de programme et de budget approuvée récemment, avec son nouveau niveau sous-régional. Le processus d'harmonisation a été renforcé par les visites de suivi des analystes de l'Unité d'appui aux pays, dans le but de renforcer les processus d'articulation entre les programmes et les objectifs nationaux et mondiaux. Les résultats et enseignements tirés de l'évaluation ont été incorporés dans la planification, la programmation et le budget de chaque Unité.

142. Au titre de la définition de nouvelles modalités de coopération technique, un cadre conceptuel a été préparé pour les Plans régionaux de santé publique, recherchant une plus grande cohérence de ces Plans avec les mandats et priorités régionaux, ainsi qu'une normalisation de la terminologie de planification et de programmation de l'Organisation. Ces Plans constituent un instrument stratégique et de convergence, qui cherche à articuler tous les niveaux et tous les associés pour le développement (agences, organisations non gouvernementales, institutions de financement et société civile) dans le but de réaliser efficacement les buts et objectifs communs. Ce processus se poursuivra avec la révision et l'ajustement des Plans régionaux et sous-régionaux actuels, il servira de base à la formulation de nouveaux plans et viendra se joindre au perfectionnement des instruments du Système américain de programmation, budgétisation et évaluation (AMPES). Il convient de rappeler que l'AMPES est très apprécié par les auditeurs et les associés de l'OPS depuis plus de 20 ans, et qu'il est l'un des éléments fondamentaux des progrès de la gestion axée sur les résultats (RBM, d'après son sigle en anglais).

143. Les centres panaméricains travaillent de façon intégrée avec les bureaux de pays, et leurs ressources et activités sont incorporées progressivement dans le budget programme (BPB) convenu entre chaque Représentation et le ministère de la santé des pays respectifs. Conformément à la stratégie approuvée par les Organes directeurs et en étroite collaboration avec le Gouvernement de la République argentine, l'OPS a procédé à la fermeture de l'Institut panaméricain pour la protection alimentaire et la lutte contre les zoonoses (INPPAZ) et à la réorganisation de la coopération technique dans le domaine de la protection alimentaire. La coopération technique régionale en eau et assainissement de base a été assignée au Centre panaméricain de génie sanitaire et des sciences de l'environnement (CEPIS), qui fonctionne maintenant comme une Unité au sein du Secteur du développement durable et de santé environnementale, et celle correspondant à la santé de la femme et la santé maternelle a été confiée au Centre latino-américain pour la périnatalogie et le développement humain (CLAP), qui fonctionne maintenant quant à lui comme une Unité au sein du Secteur santé familiale et communautaire. L'assignation des responsabilités et des ressources de coopération technique pour la nutrition a également été révisée afin de les conformer à la Stratégie et

au Plan d'action régional qui sont en discussion chez les Organes directeurs. Certaines positions qui étaient situées au Siège régional ont été décentralisées à divers pays tout en maintenant leurs responsabilités régionales, ainsi que les nouvelles positions régionales, sous-régionales et inter-pays qui avaient été créées, dont les sièges se trouvaient dans les bureaux de pays ou les centres panaméricains.

***Application de la Stratégie de coopération technique avec le pays (SCP)***

144. De grands progrès ont été accomplis dans l'effort pour positionner les pays au centre de la coopération technique de l'Organisation, en orientant les programmes vers la réalisation de résultats et en englobant tous les niveaux et toutes les composantes de l'Organisation.

145. La Stratégie de coopération avec le pays constitue l'axe d'articulation de la coopération technique sur lequel se développent les transformations dans les pays. Au cours des quatre dernières années, des SCP ont été établies en Bolivie, au Costa Rica, au Guyana, au Honduras, au Mexique, au Nicaragua et au Venezuela; des SCP sont dans la phase finale d'approbation aux Bahamas, en Colombie, au Guatemala, en Jamaïque, au Salvador, au Suriname et à Trinidad et Tobago; elles sont actuellement en cours au Belize, à Cuba, au Panama, au Pérou, en République dominicaine et en Uruguay; l'Argentine, le Brésil, le Chili, l'Équateur et Haïti ont décidé de les entreprendre en 2007.

146. La Région des Amériques a été la première à réaliser une Stratégie de coopération multi-pays qui englobe la Barbade et les pays des Caraïbes orientales (Antigua et Barbuda, la Dominique, la Grenade, Saint Kitts-et-Nevis, Sainte-Lucie, et Saint Vincent-et-les Grenadines), expérience qui a été partagée avec les îles des États du Pacifique occidental. Le développement de SCP sous-régionales a été initié, en dialogue avec les institutions d'intégration. Une évaluation rapide a également été menée pour les 10 SCP conclues de la Région, ce qui a permis d'analyser tant les contenus des documents produits que les processus suivis pour leur préparation.

***Réalignement du Bureau sanitaire panaméricain***

147. Face à la réalité et en dialogue permanent et coopératif avec l'Association du personnel de l'OPS, il a été décidé de lancer un processus de l'évaluation stratégique et d'alignement des ressources (SARA, d'après son sigle en anglais), dans l'objectif de répondre aux mandats et relations de l'Organisation découlant des nouveaux défis de la santé publique internationale. Les scénarios actuels et futurs de la coopération internationale incorporent les progrès technologiques et déterminent la nécessité d'ajustements périodiques dans les responsabilités et la mission de chacune des parties du Secrétariat, tenant compte en plus du fait que les capacités individuelles et collectives de ses États Membres évoluent et se modifient. Ce processus cherche à aligner les programmes sur les ressources nécessaires pour les mener à bien et de manière adéquate



et stratégique, à déterminer l'infrastructure et les compétences nécessaires et faciliter le développement et la formation du personnel existant, ainsi qu'à guider de manière appropriée le recrutement du personnel nouveau requis pour réaliser les mandats programmatiques établis.

148. L'analyse des fonctions et des responsabilités a conduit à l'alignement des unités et des secteurs, principalement au Siège, et l'Unité de développement institutionnel a ainsi été créée, constituant un progrès par rapport à l'expérience antérieure de l'Équipe de gestion du changement institutionnel. L'une des responsabilités de cette nouvelle unité est de surveiller les progrès de l'Organisation dans la gestion axée sur les résultats, qui se conçoit comme un système destiné à doter tous les managers des moyens requis pour s'acquitter de leur travail de la manière la plus efficace et la plus rentable, tout en garantissant la redevabilité. Une autre responsabilité consiste à coordonner les progrès des 11 Initiatives de la Feuille de route pour la transformation institutionnelle, dont la majorité se sont déjà acquittées de leur mandat et ont présenté plusieurs résultats intermédiaires et définitifs.

149. Le Code des principes éthiques et de conduite a été adopté. Il se rapporte au comportement du personnel, y compris la déclaration de conflit d'intérêt le cas échéant, ainsi que la confirmation que le personnel le comprend et s'engage à s'y conformer. L'ombudsman a été sélectionné et la position d'un responsable de l'éthique a été établie et remplie, ce dernier étant une figure clé de l'application du système exigé par le nouveau Code.

### *Nouvelles alliances et associations pour la santé*

150. De multiples actions ont été réalisées pour coordonner et forger des associations et alliances stratégiques et surtout pour approfondir la coordination des activités de l'OPS avec d'autres organismes du système des Nations Unies et du Système interaméricain. Parmi les nombreuses activités interinstitutionnelles, on peut citer, en raison de l'importance et de l'actualité de la thématique, le Groupe de révision et d'exécution du Sommet des Amériques et l'ensemble des activités de coordination relatives à la grippe aviaire.

151. Dans le but de favoriser l'harmonisation et l'alignement de la coopération internationale afin de réaliser une meilleure efficacité de l'aide au développement, il convient de mentionner la participation et la coordination de l'OPS au Honduras, concernant la Table de coopérants en santé et réforme, composée de divers organismes de coopération extérieure bilatéraux et multilatéraux, tels que l'Organisme japonais de coopération internationale (JICA), l'Agence canadienne de développement international (CIDA), la Banque interaméricaine de développement (BID), la Banque mondiale (BM), le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF), le Fonds des Nations Unies pour

les activités en matière de population (FNUAP), le Programme alimentaire mondial (PAM) et l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID).

152. L'établissement d'une alliance stratégique entre santé (santé et sécurité des travailleurs du secteur et professionnalisation des ressources humaines); éducation (écoles promotrices de santé et prévention du VIH); travail (santé et sécurité des travailleurs et prévention du VIH), et environnement (eau, produits chimiques et milieux sains pour enfants et travailleurs) est un autre exemple des actions intersectorielles entreprises. Dans cette alliance se mêlent la protection sociale et les milieux sains, les mandats du Sommet des Amériques et le renforcement pour atteindre les objectifs du millénaire. Des rencontres interministérielles ont également pris place entre les secteurs de la santé et de l'agriculture, et de la santé et de l'environnement, ainsi que des rencontres tripartites entre santé, environnement et travail.

153. Afin de favoriser et de renforcer de nouvelles modalités de travail, des groupes de travail interdisciplinaire ont été créés pour renforcer la qualité de la réponse technique dans le Secrétariat et dans les pays. Il existe actuellement les groupes d'alerte et de réponse face aux épidémies; la stratégie et le plan d'action régional en matière de nutrition et de développement; la stratégie régionale sur une méthode intégrée pour la prévention et le contrôle des maladies chroniques, et le Plan régional sur le VIH/SIDA 2006-2015.

154. De même, des outils techniques ont été développés pour faciliter l'établissement de sites virtuels destinés à la collaboration d'associés extérieurs. À cette fin sont maintenus des sites de Sharepoint pour l'analyse de la santé et les systèmes d'information sanitaire; les objectifs de développement pour le millénaire; le Groupe d'étude de la grippe pandémique; le Comité consultatif technique sur le VIH et les ITS; les Réseaux ibéroaméricains sur les normes de pratiques cliniques; les membres des Amériques qui se joignent au Comité exécutif de l'OMS, etc. Jusqu'à présent, plus de 40 espaces ou sites ont été créés pour la participation et la collaboration, chacun d'entre eux disposant de 3 à 50 sites secondaires. En moyenne, plus de 300 fonctionnaires et associés interagissent dans ces sites, dans lesquels se réalisent plus de 2 000 consultations hebdomadaires.

155. L'établissement d'alliances et d'associations avec d'autres organismes de la communauté internationale facilite l'effort pour aborder l'agenda inachevé, protéger les acquis et affronter les nouveaux défis en matière de santé dans la Région. Par exemple, l'OPS collabore étroitement avec l'Organisation des États américains (OEA) pour relier les priorités de santé de la Région à l'agenda politique du continent. En ce sens, l'OPS est membre du Groupe de travail conjoint des Sommets et du Groupe de révision de l'exécution des Sommets (GRES), et à ce titre, elle appuie le travail d'exécution de la Déclaration et du Plan d'action des Sommets des Amériques et participe aux travaux d'organisation des prochains Sommets.

156. En coordination avec le Secrétariat général de l'OEA, l'OPS a participé aux réunions et conférences interaméricaines d'autres secteurs différents de ceux de la santé; par exemple, la Conférence de Ministres du travail tenue au Mexique sur le thème de la santé et de la sécurité professionnelles; la Réunion interaméricaine de Ministres de l'Éducation à Trinité et Tobago, à l'occasion de laquelle l'OPS a reçu la charge d'articuler les efforts intersectoriels de lutte contre l'infection par le VIH/SIDA; la Réunion des Ministres de la Santé et de l'Environnement, réalisée à Mar del Plata; et la réunion de ministres et autres autorités de haut niveau de développement social au Venezuela, où a été discutée une première version de la Charte sociale des Amériques.

157. Les travaux de collaboration avec des organismes du système interaméricain comprennent la Commission interaméricaine des droits humains (CIDH), la Commission interaméricaine de la femme (CIF), la Commission interaméricaine de lutte contre l'abus des drogues (CICAD), la Commission interaméricaine contre le terrorisme (CICTE), l'Institut interaméricain de coopération agricole (IICA) et la Banque interaméricaine de développement (BID).

158. Dans le même esprit, et dans le but d'atteindre l'objectif de santé pour tous, l'OPS a travaillé au renforcement de ses réseaux existants. Parmi eux, on peut citer : le Réseau des municipalités et communautés saines, dont le forum permet d'unir les efforts pour promouvoir la santé des populations; le Réseau pour la surveillance aviaire, dont le rôle est fondamental pour la préparation et la réponse à une pandémie éventuelle; le Réseau pour l'harmonisation des réglementations pharmaceutiques, qui est une des initiatives d'importance majeure dans la Région, du fait qu'elle a permis l'accès à des produits pharmaceutiques inoffensifs, efficaces et de bonne qualité, contribuant ainsi à protéger la santé publique, et le Réseau des Écoles promotrices, dont les objectifs contribuent à promouvoir et à soigner la santé des générations futures, comme celle de leurs familles et de leurs communautés, ainsi qu'à maintenir et créer des milieux d'étude et de travail sains. L'Observatoire des ressources humaines en santé illustre également ce travail de coopération; il s'agit là d'un exemple clair de coopération entre les pays de la Région, du fait que par le biais de son réseau de groupes nationaux, le thème des ressources humaines a pu être introduit dans les politiques sanitaires et dans les processus de planification nationaux.

159. Dans ce contexte et la définition d'autres stratégies de coopération, il est important de signaler qu'à l'occasion du XV<sup>e</sup> Sommet ibéroaméricain qui s'est tenu à Salamanque en Espagne en 2005, quatre réseaux de santé ibéroaméricains de santé ont été constitués. Ils doivent présenter un rapport de situation au prochain Sommet qui se tiendra en novembre 2006 en Uruguay. Ces réseaux ibéroaméricains portent sur : les dons et les transplantations, réseau coordonné par l'Espagne; les politiques de médicaments, coordonné par l'Argentine; l'enseignement et l'investigation en santé publique,

coordonné par le Costa Rica et le réseau de lutte contre le tabagisme, coordonné par le Brésil.

160. En tant que membre fondateur du Groupe de directeurs régionaux des agences coparrainant le programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA), l'OPS a continué à organiser les réunions en rotation et assistant à toutes les réunions permanentes, afin de renforcer la réponse des Nations Unies à l'infection par le VIH/SIDA dans les pays d'Amérique latine et des Caraïbes. L'OPS fait également partie de l'Équipe des Directeurs régionaux des Nations Unies en Amérique latine et dans les Caraïbes; cette Équipe — normalement réservée aux Directeurs régionaux des organismes membres du Comité exécutif du Groupe des Nations Unies (Programme des Nations Unies pour le développement, UNICEF, FNUAP et PAM) — se réunit tous les trimestres pour coordonner l'action conjointe de ces organismes dans la Région. Les principaux thèmes abordés concernent le processus de réforme des Nations Unies, les missions conjointes aux pays prioritaires et l'appui coordonné au développement du pays (Haïti en particulier), la coordination interinstitutions, sous le leadership de l'OPS, sur le thème de la grippe aviaire et d'une éventuelle pandémie de grippe, l'impulsion donnée aux progrès des objectifs de développement pour le millénaire et des thèmes administratifs liés à la réforme des Nations Unies (tels que le Programme de services communs à travers la Région), auquel l'OPS participe activement et dont les principaux avantages ont été l'épargne de ressources en incorporant des économies d'échelle, la simplification de la gestion administrative et la transparence du processus. Plusieurs de ces thèmes seront abordés lors de la réunion de l'Équipe de directeurs régionaux des Nations Unies en Amérique latine et aux Caraïbes qui se tiendra au Siège de l'OPS les 31 août et 1<sup>er</sup> septembre 2006. Profitant de sa qualité d'hôte de cette réunion, l'OPS présentera les derniers progrès accomplis dans le domaine de l'immunisation et lancera le site web « Visages et lieux » (Caras y Lugares) sur les ODM dans notre Région.

### ***Coopération technique entre pays (CTP)***

161. En 2005, un rapport de situation a été présenté sur l'application de la CTP, comprenant le rapport final des projets appuyés par l'Organisation, et tous ces documents ont été mis à la disposition du public sur la page web de l'Unité d'appui aux pays. La CTP constitue un exemple concret des avantages de forger et de consolider des alliances pour la santé entre les pays et leurs institutions, au bénéfice des populations plus vulnérables des Amériques. La CTP est une des modalités de coopération technique qui figure de manière prédominante dans la nouvelle Stratégie de gestion pour le travail de l'Organisation, avec la promotion et le renforcement des institutions nationales d'excellence, l'usage des Centres collaborateurs et de la coopération technique décentralisée. Cette stratégie de coopération a été consolidée depuis qu'elle a démarré en 1998. Chacun des pays de la Région a participé à l'un ou l'autre des projets, à des thèmes tels que le développement durable, l'information sanitaire et la technologie, l'accès

universel et les services de santé, la lutte contre les maladies, la gestion des risques et la santé familiale et communautaire. Au cours de 2005, tous les pays prioritaires définis par l'Organisation — Bolivie, Guyana, Haïti, Honduras et Nicaragua — ont participé activement à des projets de CTP, ce qui témoigne de la générosité et de la solidarité régionale pour partager les ressources et surmonter les inégalités en santé.

- - -