



ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ



48^e CONSEIL DIRECTEUR

60^e SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL

Washington, D.C., E-U, du 29 septembre au 3 octobre 2008

Point 3.2 de l'ordre du jour provisoire

CD48/3, Rev. 1 (Fr.)
24 septembre 2008
ORIGINAL : ANGLAIS

RAPPORT ANNUEL DU DIRECTEUR DU BUREAU SANITAIRE PANAMÉRICAIN

Planification de l'action en matière de santé publique
Vision et engagement collectifs pour une santé meilleure

Message de la Directrice

Aux États membres

Conformément aux dispositions de la Constitution de l'Organisation panaméricaine de la Santé, j'ai l'honneur de présenter le rapport annuel 2007-2008 sur les activités du Bureau sanitaire panaméricain, Bureau Régional de l'Organisation mondiale de la Santé. Le rapport met en exergue les principales activités du Bureau relatives à la coopération technique fournie au cours de cette période dans le cadre des plans stratégiques 2003-2007 et 2008-2012 du Bureau sanitaire panaméricain, approuvés par les Organes directeurs de l'Organisation panaméricaine de la Santé.

Mirta Roses Periago
Directeur

TABLE DES MATIÈRES

	<i>Page</i>
Introduction	3
Chapitre I	
Tendances mondiales et Régionales	3
Chapitre II	
Planification de l'action nationale pour la santé	9
Chapitre III	
Planification de l'action panaméricaine pour la santé	18
Chapitre IV	
Planification de l'action de l'OPS en matière de santé.....	25
Ressources financières pour la coopération technique de l'OPS en 2007	32
Fonds directeur d'investissement en capital	33

Introduction

1. Le panorama de la santé aux Amériques est aujourd'hui une mosaïque de complexités, de contrastes et de possibilités. La mondialisation et les progrès en science et technologie ont ouvert des opportunités inégalées pour que tout le monde vive plus longtemps, de manière plus saine et plus productive, mais chacun ne bénéficie pas de ces forces à niveau égal. L'expansion économique, le ralentissement de la croissance démographique et des politiques sociales plus efficaces ont réduit les taux de pauvreté, pourtant la Région des Amériques garde la distinction peu enviable d'être celle où subsistent les plus grandes inégalités au monde. L'urbanisation a rapproché les personnes des services de santé mais a également abouti à l'adoption de modes de vie malsains et à des liens sociaux plus faibles. L'action de la santé publique a contribué à accroître l'espérance de vie et d'autres indicateurs clés globalement, mais des lacunes et des disparités flagrantes persistent dans le domaine de la santé.

2. Il est fondamental de comprendre ces tendances et conditions contextuelles pour relever les défis complexes de la santé auxquels les Amériques font face aujourd'hui, bien que ce ne soit qu'un début. L'action efficace de la santé publique doit reposer sur une bonne compréhension des forces multiples qui touchent la santé, mais elle doit également être guidée par une vision plus vaste de ce qui est possible et viser des buts ambitieux mais réalisables. Elle doit être soutenue par une allocation de ressources adéquate, exécutée dans le cadre d'interventions ayant fait leurs preuves et faire l'objet d'évaluations et de révisions. Par la planification stratégique, tous ces éléments se conjuguent et sous-tendent le travail du Bureau sanitaire panaméricain (PASB) et des États membres de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS). En 2007-2008, l'OPS et le PASB ont concentré leurs efforts en particulier sur la planification stratégique pour faire progresser la santé publique.

Chapitre I

Tendances mondiales et régionales

3. Ces dernières années, la Région s'est montrée capable de saisir bon nombre des opportunités offertes par l'économie mondiale. Même si la croissance globale du PIB n'a pas été à la hauteur de celle des Régions qui ont connu la plus grande réussite dans le monde, les Amériques ont enregistré six années d'expansion économique soutenue – la plus longue et la plus importante expansion de ce type depuis les années 60. Cette croissance a aidé à mettre la Région en bonne voie pour réaliser le premier objectif du Millénaire pour le développement (OMD), réduire l'extrême pauvreté de moitié d'ici à 2015. En 2007, selon la Commission économique des Nations Unies pour l'Amérique latine et les Caraïbes (CEPALC), 12,7 % de la population de la Région vivaient dans

l'extrême pauvreté, contre 44 % en 1990. Cela signifie que la Région a progressé de 87 % vers l'OMD numéro 1 en 68 % seulement du temps imparti.

4. L'expansion économique a également stimulé des augmentations des dépenses sociales de la Région, qui se sont accrues en moyenne de 10 % entre 2002-2003 et 2004-2005. En dépit de cette augmentation, les niveaux par habitant demeurent faibles par rapport à d'autres Régions du monde. Qui plus est, il existe d'énormes différences entre les pays ; les dépenses sociales par habitant sont 15 fois plus élevées dans le pays qui dépense le plus que dans le pays qui dépense le moins. Élément plus important encore, la plupart des dépenses sociales de la Région sont orientées sur les systèmes de sécurité sociale qui sont liés à la participation à la main d'œuvre formelle. Les programmes sociaux visant à lutter contre la pauvreté, comme les programmes conditionnels de transfert de liquidités, reçoivent généralement une part beaucoup plus réduite. Ces lacunes dans les dépenses sociales se reflètent dans les progrès plus lents accomplis par la Région sur le plan de la réduction de la pauvreté non extrême et dans le fait qu'elle n'ait pas su réduire les niveaux élevés d'inégalité.

5. Les tendances démographiques récentes ont des implications importantes mais contrastées pour le développement social de la Région. La baisse des indices de fertilité a atténué la pression sur les soutiens de famille et les services gouvernementaux mais a également présenté de nouveaux défis de santé liés au vieillissement de la population. La migration interne a diminué ces dernières années et s'est transformée, passant de flux ruraux-urbains vers davantage de mouvements entre et dans les villes et les pays. Une préoccupation nouvelle tient à la ségrégation résidentielle croissante dans les villes, qui découle des modèles d'inégalité et d'exclusion et les renforce. Dans les pays les moins urbanisés, la migration rurale-urbaine demeure une force puissante et souvent déstabilisante qui aggrave les inégalités sociales existantes entre les groupes ruraux et urbains. La migration internationale, qui continue à augmenter, bénéficie à la Région du fait de l'augmentation des envois de fonds par les travailleurs émigrés mais a aussi pour effet de drainer les ressources humaines dans des secteurs essentiels tels que la science, la technologie et la santé.

6. L'exclusion sociale dans la Région persiste sur la base du revenu, de l'âge, du sexe, de la race ou appartenance ethnique et des handicaps, affectant ainsi l'accès des individus et des groupes à la santé et à la qualité de vie. C'est ce qui ressort de façon particulièrement flagrante au vu de la situation de près de 50 millions d'autochtones de la Région, dont l'exclusion historique se manifeste par un niveau inférieur pour tout un éventail d'indicateurs de la santé, y compris la malnutrition, la mortalité infantile et maternelle et l'espérance de vie.

7. Dans le secteur de l'environnement, la Région des Amériques continue à faire face à des pressions importantes, notamment, sans que ce soit limitatif, le changement

climatique. La déforestation, l'érosion et la désertification touchent tous les pays de la Région à des degrés variables, menaçant la sécurité alimentaire et en eau et accroissant la vulnérabilité de la population face aux catastrophes naturelles. La croissance urbaine et industrielle non planifiée a provoqué une pollution croissante de l'air, de l'eau et des sols, ce qui constitue une menace particulière pour les enfants de la Région, qui sont plus vulnérables à ses effets sur la santé. La couverture en eau et assainissement a augmenté, pourtant plus d'un habitant sur cinq dans la Région n'a toujours pas accès à ces services. Tandis que ces tendances ont une incidence sur la situation sanitaire dans toute la Région, leurs impacts négatifs se font davantage sentir dans les petits États insulaires des Caraïbes et dans les pays les plus pauvres de la Région, qui ont une capacité de réponse plus limitée.

8. Indépendamment de ses effets sur l'économie et sur les déterminants sociaux de la santé, la mondialisation présente des opportunités et des défis particuliers en santé publique pour les États membres de l'OPS. L'accroissement du commerce et de la migration et les progrès accrus vers l'intégration économique ont mené à une plus grande perméabilité des frontières nationales. Cela a contribué à la propagation mondiale de nouvelles maladies telles que le VIH/SIDA, le SRAS, la fièvre du Nil occidental et la grippe H5N1 (« grippe aviaire ») ainsi que d'autres maladies qui étaient précédemment largement contrôlées, notamment la tuberculose, la dengue, le paludisme et la fièvre jaune. Cette interdépendance croissante et cette vulnérabilité partagée ont abouti à une nouvelle collaboration entre les pays, qui se reflète dans les processus d'intégration Régionale ainsi que dans les efforts spécifiques liés à la santé. Des exemples aux Amériques incluent la coordination parmi les États membres de l'OPS et les institutions spécialisées des Nations Unies pour prévenir la grippe aviaire H5N1 fortement pathogène et s'y préparer, efforts qui jusqu'ici ont prévenu l'apparition ne serait-ce que d'un seul cas de la maladie dans la Région. Sous la direction de l'OPS, les pays collaborent également stratégiquement pour prévenir et contrôler les maladies, notamment la fièvre jaune, la dengue, la tuberculose, le paludisme et la rage humaine. Des exemples de ces efforts sont décrits plus en détail au chapitre 3.

9. Au niveau mondial, le nouveau Règlement sanitaire international (RSI), qui est entré en vigueur en juin 2007, fournit un cadre pour la coopération visant à empêcher la propagation internationale des maladies et d'autres menaces pour la santé. Avec l'appui du PASB, les États membres de l'OPS renforcent leurs structures de santé publique pour faciliter la pleine application du RSI d'ici la date fixée de 2012.

10. La coopération internationale croissante a également été source de progrès importants pour ce qui est de définir et de soutenir des objectifs communs de développement, alors que la communauté internationale s'efforce de transformer la mondialisation en un processus plus équilibré et plus harmonieux. Ces efforts sont incarnés avec éloquence dans la Déclaration du Millénaire et les OMD des Nations Unies

et se retrouvent également dans les déclarations conjointes et les accords issus des sommets Régionaux sur les questions du développement humain, auxquels l'OPS a participé activement (voir le chapitre 3). Ils reflètent un consensus international croissant qui place la santé au centre du processus de développement et, mettant l'accent sur l'équité, réaffirme les concepts de l'universalisme et de la santé comme un droit de l'homme fondamental. Certes, le droit à la santé est consacré dans 19 des 35 constitutions des États membres de l'OPS ainsi que dans la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), mais l'importance nouvelle qui lui est accordée dans le programme de développement international constitue un élan important pour l'action de la santé publique en général et, en particulier, pour la promotion de l'accès universel aux soins de santé. Dans la Région, ces processus influencent la façon dont les pays définissent et poursuivent leurs propres objectifs de développement.

11. Les OMD et les efforts s'y rapportant ont contribué à accroître globalement les niveaux d'aide internationale au développement, bien que l'Amérique latine et les Caraïbes aient reçu une part relativement faible de cette augmentation. Ces augmentations ont été accompagnées de nouveaux efforts visant à rendre l'aide plus efficace, notamment en premier lieu, le Forum de haut niveau sur l'efficacité de l'aide (qui a émis la Déclaration de Paris en 2005), dans le cadre duquel les bailleurs de fonds et les agences de coopération internationale harmonisent leurs propres priorités et procédures pour aider les pays à mieux utiliser l'aide au développement. Ce processus comprend des enquêtes et des diagnostics des capacités des pays à absorber l'aide par l'utilisation de politiques et de stratégies efficaces et par des techniques de gestion axées sur les résultats. Le processus de réforme des Nations Unies vise également à rendre les activités des institutions de développement des Nations Unies plus efficaces, plus cohérentes et plus sensibles aux besoins et aux priorités des pays. Le Plan cadre des Nations Unies pour l'aide au développement (UNDAF) et les bilans communs de pays (CCA) fournissent un cadre de planification pour les activités de toutes les institutions spécialisées des Nations Unies au niveau national, sur la base d'objectifs et de stratégies de coopération communs, et avec un système pour la programmation des ressources et des propositions pour la surveillance et l'évaluation. La stratégie de coopération avec les pays de l'OPS (CCS), qui définit les rôles et les fonctions du PASB à l'appui des plans nationaux de la santé et d'autres interventions du domaine de la santé, est directement liée au CCA/UNDAF (voir également le chapitre 3). Pour l'OPS, non seulement ce mécanisme de coordination facilite la planification, mais il offre aussi une occasion unique de promouvoir l'action intersectorielle en santé et de traiter des déterminants sociaux les plus critiques de la santé.

12. Aucun facteur contextuel n'est plus important pour les progrès de la santé en Amérique latine et dans les Caraïbes que l'État des systèmes de santé. Basés historiquement sur différents modèles de protection sociale, la plupart des systèmes de santé de la Région étaient à l'origine structurés pour desservir des groupes distincts de

population définis principalement par leurs rôles sur le marché du travail formel. Cela a abouti à une série de sous-systèmes assortis de différents modes de financement, formes d'affiliation et normes de soin. Les réformes du secteur de la santé des années 80 et 90, qui étaient liées à l'ajustement macro-économique, n'ont pas su résoudre ces problèmes, se concentrant plutôt sur la rentabilité et la durabilité financière. Au lieu d'intégrer les systèmes de santé publique, les réformes ont favorisé la décentralisation et un rôle accru du secteur privé. Ce processus aura provoqué une segmentation et une fragmentation des systèmes de santé et un affaiblissement du rôle de l'État en termes de direction et d'orientation de la santé publique.

13. La solution à ces problèmes systémiques dans le secteur de la santé de la Région a été un point de convergence important des nouveaux efforts déployés par les États membres de l'OPS pour intégrer leurs systèmes de santé et renforcer la capacité de l'État à mener à bien son rôle de pilotage dans la santé publique. Ils s'inscrivent dans le cadre d'efforts plus vastes visant à renforcer le rôle de l'État en assurant l'équité et la durabilité dans le développement par sa distribution des dépenses budgétaires entre les secteurs et les programmes, les niveaux de gouvernement et les régions géographiques, répondant ainsi de manière plus appropriée aux besoins des peuples. Le PASB soutient ces efforts par la promotion des fonctions essentielles de santé publique de l'État et par des programmes de coopération technique sur les politiques et les systèmes de santé, le développement des ressources humaines et l'organisation des services de santé. Par ailleurs, les activités du PASB pour la promotion des stratégies de soins de santé primaire en conjonction avec le groupe de travail mondial de l'OMS sur les soins de santé primaire, co-présidé par le directeur du PASB, Mirta Roses, sont également importantes. L'acceptation en 2005 par les États membres de l'OPS des soins de santé primaire comme étant la meilleure stratégie pour organiser les systèmes de santé de la Région en vue d'une plus grande équité et durabilité a constitué une évolution importante.

14. S'appuyant sur ces efforts, le PASB en 2006-2007 a joué un rôle de catalyseur dans l'élaboration d'un cadre Régional pour guider la planification et l'action de la santé aux niveaux national et international dans les États membres de l'OPS. Le point culminant de ce processus a été le lancement en 2007 du Programme d'action sanitaire pour les Amériques 2008-2017.

Le Programme d'action sanitaire pour les Amériques 2008–2017

Le Programme d'action sanitaire pour les Amériques définit un ensemble concis de principes et domaines d'intervention destiné à guider la planification stratégique de la santé par les pays et par « toutes les organisations désireuses de coopérer dans le domaine de la santé avec les pays des Amériques ».

Ce Programme est aligné avec les objectifs du Millénaire pour le développement ainsi qu'avec le 11^e Programme général de travail de l'OMS. Il repose sur les principes de la santé comme droit de l'homme, de l'universalité, de l'accès et l'inclusion, de la solidarité panaméricaine, de l'équité dans la santé et de la participation sociale. Sa vision est celle d'une Région des Amériques en meilleure santé, plus équitable, où chaque personne, famille et communauté a la possibilité de développer pleinement son potentiel.

Le Programme d'action sanitaire définit huit domaines d'intervention :

- Renforcer l'autorité de tutelle nationale de la santé
- Aborder les déterminants de la santé
- Augmenter la protection sociale et l'accès aux services de santé de qualité
- Réduire les inégalités de santé entre les pays et les disparités en leur sein
- Faire reculer les risques et le fardeau de la maladie
- Renforcer la gestion et le développement des travailleurs de la santé
- Mettre à profit le savoir, la science et la technologie
- Renforcer la sécurité sanitaire

Le Programme vise aussi à faciliter la mobilisation des ressources et à renforcer les engagements des pays sur le plan de la santé et des actions pour la réalisation de leurs objectifs.

15. L'adoption du Programme d'action sanitaire pour les Amériques par les États membres de l'OPS constitue un accomplissement important en soi, mais son succès est fonction de l'efficacité avec laquelle les pays de la Région, le PASB et leurs partenaires internationaux œuvrent pour atteindre ses buts. À cet égard, la planification stratégique est un moyen essentiel de s'assurer que ce travail est guidé par des objectifs bien définis, soutenu par des ressources allouées efficacement et vise des résultats mesurables. Le PASB a fait de la planification stratégique une composante centrale de ses propres activités et s'attache à promouvoir activement son utilisation dans les États membres de l'OPS.

16. Les chapitres 2-4 présentent ces activités en détail au moyen d'exemples émanant des pays, du niveau infrarégional et du PASB lui-même.

Chapitre II

Planification de l'action nationale pour la santé

17. Les États membres de l'OPS partagent un grand nombre de défis similaires sur le plan de la santé mais chaque pays a également ses propres problèmes, forces et priorités spécifiques en santé publique. De ce fait, une approche unique de coopération technique est totalement insatisfaisante. Consciente de cette réalité, et suivant l'action similaire de l'OMS, l'OPS a adopté en 2005 une politique axée sur les pays afin d'adapter ses activités dans les pays aux priorités et besoins spécifiques de chaque État membre.

18. Dans le cadre de la politique axée sur les pays, la coopération technique de l'OPS est guidée par une stratégie de coopération avec les pays (CCS) élaborée avec et pour chaque État membre de l'OPS. La CCS fournit un cadre stratégique à moyen terme (4-6 ans) qui présente en détail les rôles et les fonctions de l'OPS à l'appui des progrès réalisés par chaque pays dans le développement national de la santé. La CCS est le plan spécifique par pays propre à l'OPS pour stimuler et soutenir les efforts nationaux de planification et encourager la continuité dans les programmes, les plans et les politiques de santé publique à moyen terme.

19. L'élaboration de la CCS est un processus participatif recherchant des contributions des différents niveaux du gouvernement et des différents secteurs, tout en tirant parti des cadres, des outils de planification et des meilleures pratiques appropriés identifiés par l'OPS et d'autres institutions partenaires. Chaque CCS est soigneusement alignée sur le propre plan stratégique de l'OPS et liée ainsi aux mandats global et Régional de l'OPS. La stratégie tire également parti des bilans communs de pays (CCA) auxquels elle contribue aussi et qui font partie des efforts déployés par les Nations Unies pour harmoniser les activités de ses institutions dans les pays par l'entremise du Plan cadre des Nations Unies pour l'aide au développement (UNDAF).

20. À la fin de 2007, l'OPS avait élaboré des CCS pour 27 États membres, chaque CCS servant de base pour le plan de travail biennal des bureaux de l'OPS dans les différents pays.

CCS de l'OPS à Cuba

Conformément aux objectifs du Millénaire pour le développement des Nations Unies, Cuba a fixé 2015 comme date cible pour atteindre une série d'objectifs de santé prioritaires énoncés dans son Plan national de santé. L'OPS soutient ces efforts par une stratégie de coopération avec les pays (CCS) élaborée en étroite consultation avec le Ministère de la Santé.

La CCS de l'OPS définit 14 priorités de coopération technique, notamment :

- Appui aux activités de promotion de la santé.
- Surveillance et évaluation des fonctions essentielles de santé publique de l'État.
- Révision et mise à jour des normes, des procédures et des règlements pour la prestation des services dans les centres de santé communautaire.
- Renforcement du secteur de la santé et des réponses transversales au vieillissement de la population.
- Conduite d'analyses sectorielles dans les secteurs de l'eau, de l'assainissement et des déchets solides, en s'efforçant en particulier d'identifier et de gérer les risques environnementaux pour la santé.
- Amélioration des programmes pour la sécurité alimentaire et la nutrition.

La CCS de l'OPS pour Cuba suit une approche décentralisée, avec des composantes séparées pour chacune des huit provinces qui sont parmi les plus démunies du pays. La CCS est également alignée avec le Plan cadre des Nations Unies pour l'aide au développement (UNDAF) pour Cuba, qui fait partie de la ligne « santé et sécurité alimentaire » de la coopération technique, l'un des cinq domaines d'intervention guidant le travail des institutions des Nations Unies dans les pays.

21. La CCS est l'outil de planification stratégique propre à l'OPS au niveau des pays mais l'une des priorités absolues de l'Organisation consiste à stimuler la planification stratégique par le pays lui-même. En 2007, les bureaux de l'OPS dans toute la Région ont fourni l'appui et les encouragements nécessaires pour la planification stratégique en matière de santé au niveau national. La coopération technique de l'OPS dans ce secteur a inclus des formations et des ateliers pour le Ministère de la Santé et d'autres personnels essentiels sur les principes et les pratiques de la planification stratégique, les analyses de situation et l'évaluation des besoins, ainsi que des examens et des recommandations des cadres juridiques pour la planification. L'OPS a également joué un rôle important en facilitant une vaste participation au processus de planification stratégique et a favorisé l'inclusion d'objectifs stratégiques basés sur les priorités Régionales de la santé (les « domaines d'intervention ») énoncées dans le Programme d'action sanitaire pour les Amériques.

22. L'OPS, en conjonction avec le programme conjoint des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA), soutient les efforts de l'Argentine en vue d'améliorer la planification stratégique sur le VIH et les maladies sexuellement transmissibles (MST)

pour 2008-2011, en tirant parti des efforts déployés préalablement dans ce domaine et en assurant leur continuité. En 2007, l'OPS a aidé le Bureau sur le VIH et les MST du Ministère de la Santé à mobiliser une participation à grande échelle pour un « processus d'actualisation de la riposte stratégique au VIH/SIDA en Argentine ». Une pièce maîtresse du processus a été une consultation nationale élargie, qui a rassemblé des acteurs du gouvernement et d'organisations non gouvernementales de la santé ainsi que d'autres secteurs, suivie d'une série de cinq ateliers de deux jours. Les participants ont travaillé ensemble pour développer une analyse de situation, en identifiant les besoins aux niveaux national, provincial et local, ainsi qu'une série de lignes d'action dans un cadre de planification stratégique. En 2008, l'OPS apporte une coopération technique afin d'opérationnaliser ces stratégies dans le cadre de plans opérationnels annuels au niveau Régional qui sont conformes au plan national.

23. Aux **Bahamas**, le Bureau de l'OPS a fourni un soutien technique pour l'élaboration d'un nouveau plan stratégique pour les services de santé publique du pays au cours de la période 2007-2015. Dans le cadre de ces efforts, l'OPS a organisé un atelier sur la gestion stratégique pour les responsables de la santé publique et le personnel clé des programmes. L'atelier a passé en revue les déterminants sociaux de la santé, la formulation de la politique sanitaire nationale et l'importance d'une vaste participation des parties prenantes, l'analyse stratégique et les processus de planification, les cadres logiques et la gestion axée sur les résultats.

24. Le bureau de l'OPS à **Belize** soutient un nouveau Programme d'action sanitaire pour 2007-2011 qui a été élaboré dans le cadre d'un processus participatif faisant intervenir les responsables et le personnel de la santé des quatre Régions sanitaires du pays, des membres de la société civile, l'OPS et d'autres partenaires internationaux du développement. L'OPS aide le Ministère de la Santé à formuler un plan pour rendre le Programme national d'action sanitaire opérationnel, en utilisant une approche et des mécanismes multisectoriels pour la surveillance et l'évaluation. En outre, avec l'appui du réseau de métrique sanitaire de l'OMS, l'OPS aide le Ministère à formuler un plan stratégique pour renforcer les systèmes d'information de la santé du pays. L'OPS appuie également des plans et des politiques au niveau national pour la lutte anti-tabac, la santé mentale et le renforcement des fonctions de santé publique de l'État.

25. En 2007, le bureau de l'OPS en **Bolivie** a appuyé le nouveau programme de développement socio-économique du gouvernement : « Bolivie : dignité, souveraineté et productivité ». L'OPS a travaillé en suivant sept lignes d'action, y compris l'examen des déterminants sociaux de la santé et la promotion du concept de la santé comme droit de l'homme, l'apport d'un soutien technique au processus de réforme constitutionnelle, le soutien à la mise en place d'un système unique et universel d'assurance-maladie et le renforcement du rôle directeur de l'État en santé publique.

Domaine d'intervention du Programme d'action sanitaire pour les Amériques
Renforcer l'autorité de tutelle nationale de la santé

Au **Brésil**, l'OPS aide le Ministère de la Santé à utiliser la planification stratégique pour le renforcement institutionnel dans le cadre d'un programme national plus assorti d'objectifs et d'investissements connu sous le nom de Mais Saúde (« plus de santé »). L'OPS apporte une aide dans trois secteurs : identification et assignation des responsabilités et des contributions à Mais Saúde pour différents secrétariats, fondations et agences au sein du Ministère de la Santé ; exécution d'un diagnostic institutionnel du Ministère de la Santé et formulation d'une proposition pour sa restructuration stratégique ; et diagnostic des questions problématiques pour la mise en œuvre de la restructuration et l'élaboration d'une proposition pour y remédier grâce à une refonte des processus.

Domaine d'intervention du Programme d'action sanitaire pour les Amériques
Augmenter la protection sociale et l'accès aux services de santé de qualité

Le bureau dans le pays de l'OPS en **Colombie** a signé un accord vers la fin de 2006 avec l'Administration du département d'Antioquia, au titre duquel l'OPS fournit la coopération technique pour aider à systématiser les objectifs de trois stratégies départementales clés de la santé : soins de santé primaire, prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME), et sécurité alimentaire et nutritionnelle. Sur la base de cette activité, l'OPS a également élaboré une proposition visant à intégrer ces trois stratégies dans le système de protection sociale national et départemental, en mettant l'accent sur la pérennité, l'efficacité et l'utilisation optimale des ressources. La proposition de l'OPS vise à faire du système de protection sociale d'Antioquia un pionnier pour l'accroissement de la protection sociale et l'accès à des services de santé de qualité.

26. En **République dominicaine**, le bureau de l'OPS a soutenu le Ministère de la Santé publique et de l'Assistance sociale dans un processus de consultations intersectorielles qui ont mené au re-lancement du plan sanitaire 2006-2015. L'OPS a également soutenu le ministère dans ses efforts de planification dans d'autres domaines, comme le développement et la gestion des ressources humaines, la mortalité infantile et maternelle et les produits pharmaceutiques.

27. Le bureau de l'OPS à Quito a contribué à la formulation de la section sur la santé de la nouvelle constitution de l'**Équateur** et, en collaboration avec les Ministères de la Santé du Brésil, du Chili, du Paraguay et de l'Uruguay, a appuyé l'élaboration d'une proposition pour la transformation du secteur de la santé. Le bureau de l'OPS a également aidé l'Équateur à formuler des plans stratégiques pour la prévention et le

contrôle du VIH/SIDA, de la tuberculose et du paludisme, qui ont constitué la base des propositions de financement présentées au Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme.

Domaine d'intervention du Programme d'action sanitaire pour les Amériques

Réduire les inégalités de santé

L'initiative « visages, voix et lieux » de l'OPS s'attache à autonomiser certaines des communautés les plus vulnérables des Amériques pour s'assurer qu'elles tirent parti des efforts visant la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD). Dans le cadre de cette initiative, l'OPS a aidé la communauté de Nabón (**Équateur**) à formuler et à mettre en œuvre son Plan de développement municipal pour mieux aborder les déterminants économiques, sociaux et environnementaux de la santé, consolider les stratégies des services de santé primaire et appliquer les enseignements tirés pour respecter le cadre des OMD. Ce plan municipal, formulé avec une forte participation de la communauté, comprend six composantes : renforcement institutionnel, développement économique local, gestion des ressources naturelles, santé globale, santé des enfants et des adolescents et renforcement des ressources humaines. L'OPS a encouragé un processus de « réflexion critique » au sein de la communauté, a contribué à la collecte et à l'analyse des données à l'appui de la révision du plan et a coordonné le soutien des agences de coopération internationale pour sa mise en œuvre.

28. Le bureau de l'OPS au **Guyana** a apporté un appui essentiel aux efforts de planification stratégique du Ministère de la Santé, offrant une formation au personnel clé sur l'approche de cadre logique et les principes de planification stratégique. L'OPS a également apporté son soutien à l'élaboration ultérieure d'une série de plans stratégiques de santé publique, y compris un nouveau plan stratégique contre le VIH/SIDA, un plan stratégique contre le paludisme, un plan stratégique contre la tuberculose, un plan stratégique pour le contrôle des vecteurs, un plan stratégique pour le contrôle des maladies non transmissibles, un plan contre la grippe pandémique et un plan national de la santé 2008–2012. Le bureau de l'OPS a également contribué à l'évaluation du plan national de la santé du Guyana pour 2003–2007.

L'OPS et la planification au Nicaragua

Le bureau de l'OPS à Managua a fourni un appui dans le secteur de la santé pour le nouveau processus de planification du Nicaragua, connu sous le nom de planification nationale à court terme (PCP). Ce processus vise à intégrer la planification par différentes institutions étatiques, en assurant l'alignement et l'harmonisation des contributions des agences de coopération internationale. L'OPS s'est attachée à aider à consolider la fonction de pilotage du Ministère de la Santé. L'OPS a fourni une assistance technique en analysant un certain nombre de lois existantes régissant le processus de planification, y compris la loi de santé générale, la loi sur l'autonomie, la loi d'éducation générale, la loi sur les municipalités, la loi générale sur l'eau et sa réglementation, la loi sur la souveraineté et les lois sur la participation des citoyens et sur la sécurité nutritionnelle. L'OPS a également contribué à l'élaboration et à la présentation à l'Assemblée nationale de nouvelles lois, y compris la loi sur les professions de la santé, la loi sur le tabac, la loi sur les plongeurs, une loi sur la médecine traditionnelle et la loi du Comité de l'eau.

L'OPS a également contribué à l'élaboration de la composante santé pour le nouveau plan national du Nicaragua pour le développement humain (PNDH), qui vise à mettre un terme à la discrimination et à l'exclusion et à permettre aux nicaraguayens d'exercer pleinement leurs droits économiques, sociaux, culturels et environnementaux.

L'OPS et la planification dans les Caraïbes orientales

Sept pays et territoires des Caraïbes orientales (la Barbade, Sainte-Lucie, la Dominique, Anguilla, Saint-Kitts-et-Nevis, la Grenade et Montserrat) ont approuvé des plans nationaux de développement stratégique qui sont actuellement mis en œuvre avec le soutien de l'OPS et d'autres partenaires, y compris l'Union européenne, le Département pour le développement international du Royaume-Uni et la Banque mondiale. L'OPS fournit une coopération technique pour relever des défis spécifiques du secteur de la santé, notamment le caractère limité des ressources et des compétences pour la mise en œuvre des plans et la nécessité de disposer de systèmes plus solides pour la surveillance et l'évaluation.

L'OPS soutient également les efforts participatifs nationaux visant à améliorer la planification stratégique dans la santé par la formations d'équipes multidisciplinaires et multisectorielles pour évaluer la performance des systèmes de santé, identifier les principaux problèmes et classer les lignes directrices et les interventions sanitaires par ordre de priorité. Ces activités ont contribué à élargir la base des parties prenantes du développement de la santé et ont mis en exergue la santé comme volet stratégique du développement national. En outre, l'OPS aide les pays à mettre en œuvre la planification en passant des orientations stratégiques et des indicateurs de performance à la planification opérationnelle et à la mise en œuvre, et de la planification à la budgétisation et à l'affectation des ressources.

Domaine d'intervention du Programme d'action sanitaire pour les Amériques
Augmenter la protection sociale et l'accès aux services de santé de qualité

Le bureau dans le pays de l'OPS en **Haïti** a soutenu le processus de planification stratégique sur lequel est fondé le nouveau programme de soins obstétriques gratuits du gouvernement (SOG) pour les femmes enceintes et les nouveau-nés, première étape vers la création d'un système national de protection sociale sanitaire pour les mères et les enfants. L'OPS a contribué à la planification de la réaffectation des ressources provenant de l'assistance humanitaire internationale en vue de financer le nouveau programme et a aidé à créer et à mettre en œuvre un programme de formation pour le personnel du Ministère de la Santé publique concernant l'analyse des parties prenantes, les méthodologies pour la tarification des régimes de santé, les cadres conceptuels et la conception de la protection sociale dans les régimes de santé. En outre, l'OPS a soutenu le Forum national pour le réaligement de la réforme de santé, une initiative importante de dialogue social qui s'inscrit dans la planification du développement national, pour faciliter la mise en place d'alliances multisectorielles à l'appui du réaligement du processus de réforme du secteur sanitaire autour de la création du système de protection sociale. L'OPS a également été un partenaire clé du Ministère de la Santé publique pour la préparation de la composante santé du Document stratégique national d'Haïti pour la croissance et la réduction de la pauvreté 2008–2010.

29. En 2007, le bureau de l'OPS a fourni un soutien technique clé pour l'élaboration du plan stratégique du secteur sanitaire 2012 du **Honduras**, qui fait partie de la stratégie nationale de réduction de la pauvreté (ERP) du pays. L'OPS a dirigé une table ronde du secteur de la santé (Mesa CESAR) qui se poursuit et regroupe des représentants du gouvernement et de la société civile et plus d'une douzaine d'agences de coopération internationale actives au Honduras. La table ronde a servi de plate-forme pour l'analyse, le dialogue, la coordination et le consensus en vue d'élaborer des budgets et plans stratégiques pluriannuels pour le secteur de la santé dans son ensemble et pour l'Institut de sécurité sociale du pays (IHSS) en particulier. La table ronde CESAR a également contribué activement à la formulation d'un nouveau plan stratégique national pour la maladie de Chagas, du 3^e plan stratégique contre le VIH/SIDA 2008-2012 et d'une stratégie nationale pour la réduction accélérée de la mortalité maternelle et infantile 2008–2015.

30. En **Jamaïque**, le bureau de l'OPS a participé au processus multisectoriel d'élaboration du nouveau Plan de développement national 2030. L'OPS a donné des orientations générales pour le volet santé du plan, qui fournit un cadre de planification visant à faire passer la Jamaïque au statut de « nation développée » au cours des 22 prochaines années. En outre, l'OPS a aidé le Ministère de la Santé à actualiser un certain nombre de plans existants et à en élaborer de nouveaux, y compris le Plan national sanitaire 2006-2010, le plan stratégique 2006-2015 du Ministère de la Santé, le plan

stratégique national contre le VIH/MST 2008-2012 et le plan pour la santé sexuelle et génésique.

31. L'OPS a apporté un appui essentiel en 2007 pour l'élaboration du premier Plan sanitaire national du **Pérou** depuis 20 ans. Le processus a été largement participatif, avec des consultations auxquelles ont participé des représentants des associations professionnelles et des agents de la santé, des prestataires de services privés, le système de sécurité sociale et d'autres institutions publiques, ainsi que les administrations Régionales. Des plans sanitaires régionaux ont été élaborés au moyen de processus similaires à La Libertad, Arequipa, Ancash et Callao.

Domaine d'intervention du Programme d'action sanitaire pour les Amériques
Mettre à profit le savoir, la science et la technologie pour la santé

Le bureau de l'OPS au **Paraguay** a apporté un soutien clé pour la formulation d'un plan stratégique national pour le développement d'un système d'informations sanitaire 2007-2011 (SINAIS). L'OPS a participé au processus en tant que membre d'une équipe technique inter-agences qui a analysé les besoins en information du système sanitaire, a défini des priorités et a identifié une série d'objectifs, de stratégies, de lignes d'action et d'implications budgétaires pour le développement d'un système d'information sanitaire sur une période de cinq ans. Le plan final définit huit objectifs stratégiques, y compris l'établissement d'une politique nationale et d'un cadre juridique assurant le droit à l'information en matière de santé, renforçant les ressources humaines et consolidant l'infrastructure physique et technologique pour le système d'information sanitaire aux niveaux national, régional et local. Les autres membres de l'équipe inter-agences comprenaient le programme d'évaluation et mesure de l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID) et des représentants des départements de bio-statistique, de programmation, surveillance et évaluation, des services de surveillance sanitaire et d'enquête, statistiques et recensement du Paraguay.

Domaine d'intervention du Programme d'action sanitaire pour les Amériques
Aborder les déterminants de la santé

Au **Pérou**, l'OPS a travaillé en partenariat avec 12 agences des Nations Unies et d'autres agences de coopération internationale dès 2006, prenant ainsi la tête de l' « Initiative de lutte contre la malnutrition », un effort visant à consolider l'engagement politique national pour la lutte contre la faim. Depuis, cette initiative est devenue la base du soutien international pour la stratégie nationale CRECER du gouvernement, un plan stratégique multisectoriel qui s'attaque aux déterminants sociaux de la faim, y compris l'éducation, les conditions environnementales et de vie et l'accès aux soins de santé. CRECER dépend du Conseil des Ministres du Pérou (CMP) et est coordonné par la Commission interministérielle sur les affaires sociales (CIAS), qui réunit les Ministères de la Santé, de l'Éducation, des Femmes et du Développement, du Logement et de l'Économie et des Finances. L'OPS et ses partenaires internationaux continuent à jouer un rôle clé de plaidoyer et de soutien pour la stratégie CRECER aux niveaux national, régional et local.

32. Le bureau de l'OPS à Paramaibo a appuyé la formulation du programme de développement pluriannuel 2006-2010 du **Suriname** et, au cours de 2007, a orienté sa coopération technique de façon à traiter des priorités de la santé énoncées dans le plan. Il s'agissait notamment d'un soutien pour une approche intersectorielle de la production et la sécurité alimentaire et de l'eau et l'assainissement, une plus grande importance accordée à la prévention primaire et secondaire dans les soins de santé primaire, une plus grande participation de la communauté, la prévention et le dépistage précoce des maladies chroniques, l'élargissement de la couverture de santé primaire et secondaire aux personnes vivant à l'intérieur du pays et en zone rurale et la réalisation des OMD relatifs à la santé.

33. À **Trinité-et-Tobago**, le bureau de l'OPS, en tant qu'agence présidant le groupe thématique de pays des Nations Unies sur le VIH, a mené l'élaboration d'un programme conjoint de soutien pour le contrôle et la prévention du VIH destiné à guider les activités dans le pays des institutions des Nations Unies dans ce secteur. Avec l'ONUSIDA, l'OPS a organisé une formation pour les membres de l'équipe des Nations Unies sur l'exécution et la surveillance conjointes du plan et a parrainé une évaluation des lacunes et des forces des différentes agences pour y remédier.

34. En **Uruguay**, l'OPS a soutenu la création d'une nouvelle unité nationale de sécurité routière au sein du Bureau de la Présidence, qui coordonnera les efforts nationaux dans le domaine de la sécurité routière. L'OPS a également appuyé l'élaboration d'une législation et de plans concernant les piliers fondamentaux de la

réforme du secteur sanitaire du pays, y compris la création d'un Fonds national de la santé (FONASA) et la décentralisation des services de santé de l'État (ASSE).

Chapitre III

Planification de l'action panaméricaine pour la santé

35. Depuis sa fondation, l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) a été un catalyseur pour la coopération entre ses États membres dans le cadre des activités visant à protéger et à promouvoir la santé de leurs populations respectives. Cette collaboration panaméricaine repose sur la prise de conscience que les pays de la Région ont partagé des conditions et des préoccupations en matière de santé, et que leurs liens historiques, politiques et géographiques peuvent faciliter une action conjointe efficace pour remédier aux problèmes communs.

36. La « valeur ajoutée » du panaméricanisme dans la santé ressort clairement des résultats des plans Régionaux de santé publique de l'OPS, des initiatives infrarégionales et du programme de coopération technique entre les pays (TCC). En 2007-2008, l'OPS a soutenu et a encouragé la planification stratégique dans tous ces domaines, ainsi que dans le cadre de l'initiative panaméricaine phare de l'Organisation, la Semaine de la vaccination aux Amériques.

Semaine de la vaccination aux Amériques 2008

Au cours de la sixième semaine annuelle de la vaccination aux Amériques (SVA), qui a eu lieu du 19 au 26 avril 2008, plus de 56 millions de personnes dans 44 pays ont été vaccinées, faisant ainsi de cette Semaine de la vaccination aux Amériques la plus ambitieuse depuis le lancement de l'initiative en 2003. La planification a joué un rôle clé dans cette initiative, et l'OPS a apporté son appui dans ce domaine à chacun des pays y participant. Elle a notamment apporté des conseils pour la définition des buts, des stratégies et des populations prioritaires ; la coordination des activités au niveau national et dans les zones frontalières ; la définition des indicateurs pour mesurer et rapporter les résultats ; et la budgétisation des vaccins, de l'équipement de la chaîne du froid et des autres fournitures, de la formation, des dépenses opérationnelles, de la supervision et de la surveillance, et de l'évaluation. L'OPS a également fourni des conseils concernant la planification de la communication et les campagnes de mobilisation sociale des pays.

37. Un des points clés des activités panaméricaines en matière de santé en 2007-2008 a été l'approbation par les États membres de l'OPS du Programme d'action sanitaire pour

les Amériques, un ensemble de principes, de priorités et de domaines d'intervention pour la planification sanitaire aux niveaux national, infrarégional et régional (voir le chapitre 1) défini d'un commun accord. Au cours de la période 2007-2008, la coopération technique de l'OPS a aidé les États membres à progresser sur le plan de la planification aux niveaux national, infrarégional et régional, sur chacune des huit lignes d'action du Programme (voir également le chapitre 2).

Formulation du Programme d'action sanitaire pour les Amériques

Le Programme d'action sanitaire pour les Amériques 2008-2017, de sa conception à son approbation, a été une initiative par, pour et des pays des Amériques. Le concept du Programme a été proposé pour la première fois par le sous-comité de l'OPS sur la planification et la programmation de 2006 en tant que vision collective des priorités sanitaires de la Région et des lignes d'action concertées pour y travailler. Un comité de pilotage dirigé par le **Panama** et comprenant **Antigua-et-Barbuda**, l'**Argentine**, le **Canada**, le **Chili**, **Cuba**, et les **États-Unis**, auxquels se sont joints par la suite le **Brésil** et le **Mexique**, a élaboré un premier projet dans le cadre d'un processus comprenant une série de téléconférences et deux réunions en personne dans la ville de Panama. En janvier 2007, la **Bolivie**, la **Colombie**, le **Costa Rica**, l'**Équateur**, le **Pérou**, la **République dominicaine**, l'**Uruguay** et le **Venezuela** se sont joints à cette initiative, de même que l'Agence de la santé andine - Accord Hipólito Unanue (ORAS-CONHU) et l'Organisation du Traité de coopération amazonien (OTCA), lors de la 3^{ème} réunion sur la coopération internationale en santé qui s'est tenue au Chili. Cela a été suivi d'un processus de consultation à grande échelle avec contribution des parties prenantes aux niveaux national, régional et mondial.

Le **Chili** offre un exemple du processus de consultation qui a eu lieu dans les pays de la Région. Le Ministère de la Santé du Chili a organisé des réunions avec les principaux départements de santé publique du pays —Université du Chili, Université catholique pontificale du Chili, Université frontalière (UFRO)— pour discuter du document de travail sur le Programme et recevoir des contributions. Les autorités sanitaires régionales ont organisé des réunions avec les parties prenantes locales dans le même but. Les retours d'information du Chili ont été mis en commun avec des contributions similaires d'autres États membres de l'OPS et celles d'organisations telles que la Banque mondiale, la Banque interaméricaine de développement (BID), le Système d'intégration centraméricaine (SICA), l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO), la Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes (CEPALC), le Fonds de développement des Nations Unies pour la femme (UNIFEM), l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID) et l'Association latino-américaine des Écoles de santé publique.

Le Programme final d'action sanitaire pour les Amériques 2008-2017 a été officiellement lancé dans la ville de Panama en juin 2007 à l'occasion de l'ouverture de l'Assemblée générale de l'Organisation des États américains (OEA) en présence du Secrétaire général des Nations Unies, M. Ban Ki-moon, du Secrétaire général de l'OEA, M. José Miguel Insulza, du Président du Panama, M. Martín Torrijos, de 20 Ministres de la Santé et des ministres des affaires étrangères de toute la Région.

38. L'un des rôles les plus importants de l'OPS consiste à s'assurer que la santé est une des toutes premières priorités à l'ordre du jour politique de la Région et un élément fondamental de la planification du développement national et régional. Dans cette optique, l'OPS a surveillé et participé tout au long de 2007-2008 aux activités de planification et de suivi des principaux forums politiques et techniques régionaux, y compris du **Sommet des Amériques**, du **Sommet Ibéro-Américain**, du **Sommet des Premières Dames des Amériques** et de plus d'une douzaine de groupes de travail et de commissions travaillant sous l'égide de l'**Organisation des États américains** (OEA).

39. L'OPS a également travaillé en étroite collaboration avec les systèmes d'intégration de la Région dans le cadre des **programmes infrarégionaux** du PASB, dont la dotation en personnel et la budgétisation sont devenues indépendantes en 2006. En 2007-2008, l'OPS a encouragé la planification stratégique dans plusieurs initiatives infrarégionales.

40. Dans la **Région andine**, l'OPS a appuyé l'élaboration d'une stratégie conjointe infrarégionale pour la coopération andine en partenariat avec des institutions du système d'intégration andine, d'autres institutions spécialisées des Nations Unies, l'Agence espagnole de coopération internationale pour le développement (AECID) et d'autres partenaires. L'OPS a également apporté un soutien clé pour les activités de planification et de mise en œuvre de l'Agence de la santé andine - Accord Hipólito Unanue (ORAS-CONHU), y compris pour l'élaboration d'un plan stratégique conjoint 2009-2012. En outre, l'OPS a participé aux réunions du comité exécutif du Plan andin de la santé aux frontières (PASAFRO) et a apporté un appui technique pour l'exécution de son plan opérationnel 2008.

41. L'OPS, par l'entremise de son programme infrarégional VIH/SIDA basé en **Colombie**, a également fourni un soutien crucial pour l'élaboration et l'exécution du Plan andin pour une riposte du secteur sanitaire au VIH 2007-2010, qui a été approuvé par la Réunion des Ministres de la Santé de la région andine (REMSAA) en 2007. L'OPS a apporté son concours avec des analyses de situation infrarégionales concernant les systèmes de surveillance et d'évaluation et la stigmatisation et la discrimination dues à la séropositivité dans les pays andins, et avec la formulation et l'exécution de plans stratégiques infrarégionaux dans ces deux domaines. Ce travail a été soutenu par une équipe VIH infrarégionale inter-agences composée de membres de l'ORAS-CONHU, de l'ONUSIDA, de l'OPS et d'autres partenaires.

Domaine d'intervention du Programme d'action sanitaire pour les Amériques**Renforcer le personnel de la santé**

Le programme infrarégional de l'OPS a travaillé en partenariat avec ORAS-CONHU pour créer un nouveau Plan andin pour le développement des ressources humaines dans la santé, qui a été approuvé par la réunion de 2008 de REMSAA. L'OPS a également travaillé avec ORAS-CONHU pour organiser la formation destinée aux professionnels de la santé participant à l'élaboration des politiques sur les ressources humaines dans la santé, et pour renforcer les informations et les connaissances pour la prise de décisions.

En tant que membre du Consortium international pour les ressources humaines de la santé pour les soins de santé, l'OPS s'est associée à l'université de Dalhousie au **Canada** et au Ministère de la Santé du **Brésil** pour fournir une formation aux équipes de l'Autorité Régionale de la santé du Sud-est de la **Jamaïque** et des Départements de la santé des États de Minas Gerais et de Ceará sur l'utilisation d'informations pour prévoir les besoins en ressources humaines et pour évaluer les options de politique à suivre. Dans les **Caraïbes**, l'OPS a travaillé en partenariat avec le Ministère de la Santé de la Jamaïque pour organiser une réunion sur la planification des ressources humaines à Kingston en juillet 2007, où plus de 150 participants de 15 pays des Caraïbes ont discuté des domaines de coopération dans le développement des ressources humaines et ont formulé des projets de stratégies pour traiter des questions d'éducation, de distribution, de rétention et de recrutement, de planification basée sur les besoins et des questions de migration.

42. En 2007-2008, l'OPS a continué à soutenir l'initiative de coopération en santé des **Caraïbes**, qui en est actuellement à sa troisième étape (CCH III). La coordination du programme des Caraïbes de l'OPS (OCPC) collabore avec le secrétariat du CARICOM pour améliorer la surveillance et l'évaluation des activités dans le cadre de cette initiative. L'OPS a également fourni une aide au cours de la période 2007-2008 au CARICOM pour la mise en place de la nouvelle agence de santé publique des Caraïbes (CARPHA).

43. En **Amérique centrale**, l'OPS et l'Agence espagnole de coopération internationale pour le développement ont fourni un appui pour l'élaboration d'un Programme d'action sanitaire pour l'Amérique centrale et la République dominicaine, qui s'attache à réduire les inégalités en santé et à améliorer la qualité de vie. L'OPS a collaboré avec les autorités sanitaires pour élaborer un projet de programme et a aidé à organiser des consultations intersectorielles nationales pour en discuter et l'affiner. Au Guatemala, par exemple, le bureau de l'OPS a formé une commission spéciale constituée de représentants du Ministère de la Santé publique et de l'Assistance sociale, du Système de sécurité sociale guatémaltèque, du Secrétariat présidentiel pour les femmes (SEPREM) et de l'OPS pour mener des consultations et élaborer certains aspect clés du programme. Le document final doit être présenté au Conseil des Ministres de la Santé d'Amérique centrale (COMISCA) vers la fin de 2008. Il sera aligné à la fois avec le

Programme d'action sanitaire pour les Amériques 2008-2017 et avec le plan d'action CARICOM-SICA (système d'intégration d'Amérique centrale).

44. Les **plans Régionaux de santé publique** constituent l'un des outils les plus importants de l'OPS pour promouvoir la planification stratégique. Ils fournissent un cadre conceptuel et des stratégies et des actions spécifiques qui ont fait l'objet d'un accord commun par les pays des Amériques comme constituant le meilleur moyen de traiter des problèmes sanitaires prioritaires. Ces plans encouragent une approche stratégique pour l'action sanitaire et contribuent à assurer des critères et des indicateurs types pour la surveillance et l'évaluation. Au cours de la période 2007-2008, l'OPS a élaboré quatre nouveaux plans Régionaux de santé pour approbation par le Conseil directeur lors de sa quarante-huitième réunion :

- Stratégie et plan d'action régionaux pour la prévention et le contrôle du cancer du col de l'utérus.
- Stratégie régionale pour améliorer la santé des adolescents et des jeunes.
- Stratégie et plan d'action régionaux pour la santé néonatale dans le contexte du processus continu de soins à la mère, au nouveau-né et à l'enfant.
- Plan d'action régional pour le renforcement des statistiques de l'État civil et de la santé.

45. L'OPS a également continué de promouvoir l'exécution des plans précédemment approuvés, comme les plans régionaux contre le VIH, le paludisme, la maladie de Chagas, la tuberculose, la santé maternelle et les maladies chroniques.

Domaine d'intervention du Programme d'action sanitaire pour les Amériques**Réduire le fardeau de la maladie : cancer du col de l'utérus**

La stratégie et le plan d'action Régionaux pour la prévention et le contrôle du cancer du col de l'utérus, parachevés en 2007-2008 pour présentation au 48^e Conseil directeur de l'OPS, visent la réduction des décès et des maladies dus au cancer du col de l'utérus par le renforcement des capacités des pays à mettre en œuvre des programmes de prévention et de contrôle complets. Il propose sept lignes d'action : réaliser une analyse de situation ; intensifier l'information, l'éducation et les conseils ; consolider les programmes de dépistage et de traitement pré-cancer ; mettre en place ou renforcer les systèmes d'information et les registres des cancers ; améliorer l'accès et la qualité du traitement contre le cancer et les soins palliatifs ; générer des preuves pour faciliter la prise de décisions concernant l'introduction des vaccins anti-VPH ; et promouvoir l'accès équitable et la prévention complète financièrement accessible du cancer du col de l'utérus. Ce plan accorde la priorité immédiate au renforcement des programmes en cours et à l'introduction de nouvelles technologies, en particulier l'inspection visuelle avec de l'acide acétique (VIA) et des tests d'ADN directs du VPH. Il appelle les autorités sanitaires à travailler en partenariat avec des organisations communautaires, nationales et internationales, y compris des groupes de femmes, pour mettre en œuvre les lignes d'action.

Domaine d'intervention du Programme d'action sanitaire pour les Amériques**Réduire le fardeau de la maladie : maladies chroniques**

Avec l'appui de l'OPS, les pays des Caraïbes ont fait de la planification un axe central de leurs efforts visant à combattre les maladies non transmissibles (MNT), qui représentent plus de la moitié des maladies et des décès et la majorité des coûts de santé dans la sous-région. En tant que secrétariat conjoint (avec le CARICOM) de l'Initiative de Coopération en santé des Caraïbes, l'OPS contribue à réviser un plan d'action Régional pour la prévention et le contrôle des MNT, comme l'ont demandé les Chefs d'État des Caraïbes à l'occasion d'un sommet spécial du CARICOM, tenu en septembre 2007, sur les maladies non transmissibles. Neuf pays des Caraïbes sur 13 ont rédigé ou ont commencé à mettre en application des stratégies nationales sur les MNT, la plupart dans le cadre de la stratégie Régionale de l'OPS sur une approche intégrée pour la prévention et le contrôle des maladies chroniques, y compris le régime alimentaire, l'activité physique et la santé. En 2007, l'OPS a organisé un atelier infrarégional sur la stratégie Régionale comme base pour la planification et a fourni une formation aux professionnels des Ministères de la Santé de 10 pays sur l'utilisation d'analyses de rapport coût-efficacité et de la pensée stratégique dans la formulation des politiques et des campagnes contre les MNT. En 2008, l'OPS a parrainé une réunion d'experts des Caraïbes sur les maladies cardiovasculaires, qui s'est concentrée sur la planification de programmes de prévention et de contrôle. Les dirigeants du CARICOM visent à fournir à 80 % de personnes souffrant de maladies chroniques un ensemble de services préventifs et de traitements définis sur la base de lignes directrices Régionales d'ici à 2012.

46. L'OPS a joué un rôle de catalyseur ainsi qu'un rôle technique dans l'élaboration de stratégies conjointes pour répondre aux flambées épidémiques de **fièvre jaune** en Amérique du Sud au début de 2008. En collaboration avec les autorités sanitaires d'Argentine, de Bolivie, du Brésil, du Paraguay, du Pérou, d'Uruguay et du Venezuela, les experts de l'OPS ont contribué à identifier les priorités et les lignes d'action pour répondre et contenir les flambées, y compris la vaccination et les stratégies visant à réduire les sites de reproduction de l'*Aedes aegypti*, le moustique vecteur de la maladie. L'OPS a également aidé les pays sur le plan de la planification des communications, en mettant l'accent sur l'importance de campagnes de sensibilisation publique claires, transparentes et opportunes.

Domaine d'intervention du Programme d'action sanitaire pour les Amériques

Renforcer la sécurité sanitaire

En 2007-2008, l'OPS a fourni un appui continu à la planification nationale et Régionale dans deux domaines critiques de la sécurité sanitaire internationale : le nouveau règlement sanitaire international (RSI) et la préparation à la grippe aviaire et à la grippe pandémique. L'OPS a travaillé avec trois systèmes d'intégration régionale —ORAS-CONHU, MERCOSUR et RESSCAD (réunions du secteur de la santé d'Amérique centrale et de la République dominicaine)— pour promouvoir la diffusion du règlement, la désignation de points focaux nationaux et la rédaction de plans de mise en œuvre à la fois aux niveaux national et infranational. En date d'avril 2008, 25 des 35 pays de la Région participaient aux enquêtes de l'OPS pour surveiller le progrès de la mise en œuvre du règlement. Douze pays avaient conduit des évaluations nationales de leurs capacités essentielles de surveillance et riposte, comme l'exige le RSI, et douze ont indiqué qu'ils disposent d'un plan national de riposte d'urgence de santé publique, comme le stipule également le règlement.

Dans le domaine de la grippe aviaire et de la grippe pandémique, les bureaux dans les pays de l'OPS ont apporté un soutien technique continu pour la préparation nationale et la planification de la riposte, ainsi qu'une protection sanitaire pour le personnel des Nations Unies et leurs familles, tout en procédant à l'achat de produits pharmaceutiques et à l'élaboration de plans de secours et de continuité des activités pour les institutions des Nations Unies au niveau des pays. Qui plus est, en 2007-2008, l'OPS a continué à utiliser son outil d'évaluation de la préparation face aux pandémies, basé sur la liste de contrôle de l'OMS pour la préparation face à la grippe, afin de mesurer les progrès des États membres dans la planification de la préparation et sa mise en œuvre. Les évaluations ont montré que le niveau moyen de préparation des pays d'Amérique latine et des Caraïbes est passé de 43 % à 50 % entre 2006 et 2007, les plus grandes améliorations étant constatées en Amérique centrale, au Mexique et dans les pays du Cône Sud.

Dans les Caraïbes, l'OPS a aidé les États membres à renforcer leurs systèmes de surveillance des événements sanitaires imprévus pendant la coupe du monde de cricket de 2007 puis les a aidés à tirer parti de ces efforts pour élaborer des plans nationaux de préparation face aux pandémies. La coopération technique en cours de l'OPS en matière de renforcement des capacités, d'élaboration d'outils de planification et d'exercices de simulation contribue à renforcer à la fois la préparation face aux pandémies et l'application du RSI dans l'ensemble de la Région.

47. Trois projets de coopération technique entre les pays (TCC) de l'OPS 2007-2008 se sont concentrés en particulier sur la planification.

48. **Belize, le Costa Rica, Cuba, la République dominicaine et El Salvador** ont participé à un projet TCC de l'OPS en 2007 sur l'application du nouveau règlement sanitaire international (RSI). Ce projet comprenait l'élaboration d'une méthodologie et d'un instrument d'évaluation spécifiquement pour que ces pays évaluent leurs capacités essentielles de surveillance et de riposte, et des propositions de planification visant à combler les lacunes identifiées. Ce projet a également produit des stratégies pour améliorer le fonctionnement du point focal national du RSI de chaque pays.

49. L'OPS a travaillé en partenariat avec l'Institut de santé environnementale des Caraïbes (CEHI) et les pays des **Caraïbes orientales** dans le cadre d'un projet de TCC visant à élaborer le plan de collaboration stratégique 2008-2012 pour le développement durable et la santé environnementale. Cette stratégie s'attache à renforcer la coopération technique de l'OPS et du CEHI, à promouvoir l'action conjointe entre les pays et à utiliser à meilleur escient les ressources consacrées à l'amélioration de la santé et des conditions environnementales dans la sous-région.

50. Le **Pérou** et l'**Uruguay** ont participé à un projet TTC de l'OPS visant à renforcer la coopération dans la lutte contre la maladie hydatique. Ce projet comprenait la formulation, en collaboration avec la Commission nationale de l'Uruguay sur les zoonoses, d'un plan pour la prévention et le contrôle de la maladie hydatique au Pérou. Ce plan s'inscrit dans le cadre du Projet du Cône Sud pour la surveillance et le contrôle de la maladie hydatique, soutenu par l'OPS et l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO).

Chapitre IV

Planification de l'action de l'OPS en matière de santé

51. L'OPS a consacré une attention croissante à la planification stratégique afin de progresser sur le plan des objectifs clés de santé régionaux et mondiaux et d'améliorer sa propre performance. En 2007-2008, la planification stratégique a été au cœur des activités de l'OPS, à la fois comme domaine de coopération technique et sur le plan interne, pour l'Organisation elle-même.

52. L'un des événements importants de 2007-2008 a été l'approbation par la 27^e Conférence sanitaire panaméricaine du plan stratégique 2008-2012 de l'OPS (document officiel 328), un cadre quinquennal pour les opérations de l'OPS. Ce plan repose sur les priorités et les objectifs énoncés dans le Programme d'action sanitaire pour

les Amériques 2008-2017 ainsi que sur le 11^e programme général de travail et le plan stratégique à moyen terme de l’OMS. L’élaboration du plan stratégique de l’OPS a démarré en 2006 selon un processus participatif auquel ont contribué les États membres de l’OPS, les bureaux de l’OPS dans les pays, les centres et les domaines techniques et administratifs.

53. Le plan stratégique 2008-2012 de l’OPS repose sur le cadre de gestion axée sur les résultats qui a été adopté par l’OMS et d’autres institutions spécialisées des Nations Unies dans le cadre du processus de réforme des Nations Unies. Ce plan définit 16 objectifs stratégiques (SO), une stratégie de mise en œuvre détaillée et les résultats escomptés, ainsi que des indicateurs de progrès pour mesurer leur réalisation (résultats escomptés au niveau régional [RER] et résultats escomptés spécifiques par bureau [OSER]). Pour garantir la transparence, le plan utilise des objectifs et des indicateurs pour lesquels des données de référence sont disponibles au début de la période de planification. Pour garantir la faisabilité, le plan spécifie à la fois les ressources nécessaires et leur origine prévue. Une version révisée du plan, qui est présentée au 48^e Conseil directeur, inclut de nouvelles suggestions des États membres ainsi que des adaptations de certains indicateurs et objectifs et un nouveau RER sur le changement climatique pour assurer la cohérence avec la nouvelle version du Plan stratégique à moyen terme de l’OMS 2008–2013.

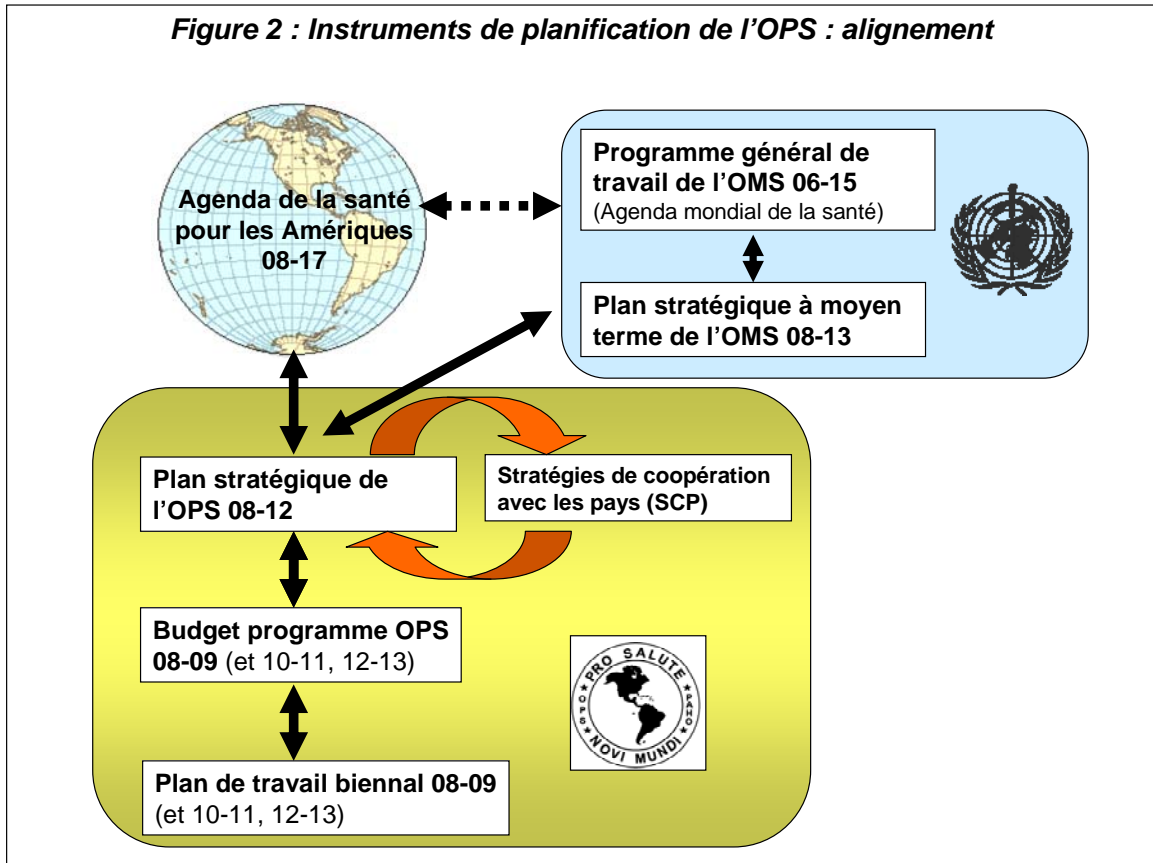
Figure 1. Objectifs stratégiques, Plan stratégique de l’OPS 2008–2012

1 Réduire le fardeau sanitaire, social et économique dû aux maladies transmissibles	9 Améliorer la nutrition, la sécurité sanitaire des aliments et la sécurité des approvisionnements alimentaires sur toute la durée de la vie et à l’appui de la santé publique et du développement durable
2 Combattre le VIH/SIDA, le paludisme et la tuberculose	10 Améliorer l’organisation, la gestion et la prestation des services de santé
3 Prévenir et réduire la maladie, l’incapacité et la mortalité prématurée liées aux affections chroniques non transmissibles, aux troubles mentaux, à la violence et aux traumatismes	11 Renforcer l’encadrement et la gouvernance des systèmes de santé et la base de connaissances sur laquelle ils reposent
4 Réduire la morbidité et la mortalité et améliorer la santé aux principaux stades de la vie (grossesse, accouchement, période néonatale, enfance et adolescence), tout en améliorant la santé génésique et sexuelle et en permettant à tous les individus de vieillir en restant actifs et en bonne santé	12 Elargir l’accès aux technologies et produits médicaux et en améliorer la qualité et l’utilisation

5 Réduire les effets sur la santé des situations d'urgence, des catastrophes, des crises et des conflits, ainsi que leurs effets sociaux et économiques	13 Mettre à disposition un personnel de santé compétent, productif et attentif afin d'améliorer les résultats sanitaires
6 Promouvoir la santé et le développement, et prévenir ou réduire les facteurs de risque pour la santé comme le tabac, l'alcool, les drogues et l'usage d'autres substances psycho-actives, une mauvaise alimentation, la sédentarité et les rapports sexuels non protégés	14 Étendre la protection sociale grâce à un financement juste, opportun et durable
7 Traiter les déterminants sociaux et économiques de la santé à travers des politiques et des programmes qui accroissent l'équité en santé et intègrent des approches favorables aux pauvres, respectueuses des différences entre les sexes et fondées sur les droits de l'homme	15 Jouer un rôle mobilisateur, renforcer la gouvernance et encourager les partenariats et la collaboration en dialoguant avec les États membres, le système des Nations Unies et les autres parties prenantes pour s'acquitter de la tâche qui incombe à l'OPS/OMS de remplir le mandat du programme mondial d'action sanitaire énoncé dans le onzième programme général de travail de l'OMS et dans le Programme d'action sanitaire pour les Amériques
8 Promouvoir un environnement plus sain, développer la prévention primaire et infléchir les politiques publiques dans tous les secteurs de façon à s'attaquer aux causes sous-jacentes des menaces à l'encontre de la santé liées à l'environnement	16 Faire en sorte que l'OPS/OMS soit et demeure une organisation souple, en apprentissage constant, qui s'acquitte de façon plus efficace et plus efficiente de son mandat

54. Grâce à l'élaboration et à la mise en œuvre du plan stratégique, l'OPS a accompli des progrès significatifs au cours de la période 2007-2008 en alignant ses activités sur les priorités et les besoins de ses principaux constituants. Les huit domaines d'intervention du Programme d'action sanitaire pour les Amériques ont constitué un élément important pour la préparation du plan stratégique. Les bureaux de l'OPS dans toute la Région ont commencé ou ont mené à bien la préparation de stratégies de coopération avec les pays (CCS), qui sont directement liées à leurs plans de travail biannuels et tiennent compte des besoins spécifiques des pays ainsi que du Plan cadre des Nations Unies pour l'aide au développement (UNDAF) et des bilans communs de pays (CCA) (voir le chapitre 2). L'OPS a déployé des efforts spécifiques afin de s'assurer que les pays jugés prioritaires (la Bolivie, le Guyana, Haïti, le Honduras et le Nicaragua) soient parmi les premiers à élaborer des CCS au cours de la période 2007-2008 (dans le cas d'Haïti, un cadre intérimaire de coopération a été élaboré à la place). Dans ces pays prioritaires, le

processus de CCS a facilité, en particulier, la mobilisation de ressources additionnelles pour la santé.



Planification et alignement au Bureau frontalier États-Unis – Mexique

Le bureau frontalier États-Unis - Mexique de l'OPS à El Paso, au Texas, représente un exemple des processus de planification et d'alignement qui ont eu lieu dans toute l'Organisation au cours de la période 2007-2008.

En mars 2008, les secrétaires d'État à la santé du Mexique et des États-Unis et la Directrice de l'OPS ont signé une déclaration convenant de traiter conjointement des priorités mutuelles de santé à la frontière. Les parties ont par la suite mis en place un groupe de travail composé de représentants du Département de la santé et des affaires sociales des États-Unis, du Ministère de la Santé du Mexique, de la Commission sanitaire frontalière États-Unis - Mexique (USMBHC) et de l'OPS. Le groupe de travail a élaboré un cadre intégré pour aligner les priorités et les plans de travail de l'USMBHC et du bureau frontalier États-Unis - Mexique de l'OPS avec les priorités convenues par les deux pays. Ce cadre comprend une déclaration de fond décrivant la mission et la vision de chaque organisation et un examen des problèmes et des défis qui se posent aux communautés le long de la frontière entre les États-Unis et le Mexique.

Dans le cadre d'une série de réunions, le Groupe de travail a élaboré une matrice détaillant les éléments du plan de travail biennuel du Bureau frontalier et des « orientations et priorités » de l'USMBHC, et a suggéré des mesures d'alignement dans les domaines du projet des deux Organisations. Le groupe a également élaboré deux matrices supplémentaires suggérant des mesures d'alignement pour le court et le moyen termes. Par la suite, plusieurs accords ont été signés engageant des fonds de l'État mexicain et des États-Unis et engageant l'OPS et l'USMBHC à maximiser l'utilisation des ressources collectives et individuelles à l'appui de leur travail conjoint.

55. Un dispositif clé du cadre de gestion axée sur les résultats du plan stratégique de l'OPS tient à la méthode suivie pour la programmation des ressources. Les résultats escomptés sont basés sur des produits considérés comme souhaitables et faisables. Le plan estime le montant des ressources nécessaires pour réaliser 100 % de ces résultats puis alloue les ressources dont on sait qu'elles sont disponibles. Les écarts entre les ressources disponibles et les coûts des résultats escomptés pourront soit rester partiellement non couverts, soit être réduits en mobilisant des ressources additionnelles.

56. Dans le cadre de l'environnement de gestion axée sur les résultats, l'OPS encourage le développement du personnel en tant que moyen critique d'améliorer l'efficacité et l'efficience, d'accroître l'excellence technique et de mieux focaliser les services aux États membres. À cette fin, l'OPS a élaboré un plan d'apprentissage 2008-2012 dont le contenu d'apprentissage fondamental est destiné au personnel de l'OPS toute entière pour aider au développement des connaissances, des qualifications et des compétences dans des domaines spécifiques. Le plan d'apprentissage soutient les

16 objectifs stratégiques du plan stratégique de l'OPS, les stratégies de coopération avec les pays et les domaines cibles spécifiques de renforcement des capacités, qui sont dérivés des mandats clés, comme le Programme d'action sanitaire pour les Amériques, les objectifs du Millénaire pour le développement et le Programme en six points de l'OMS pour améliorer la santé publique.

L'OPS et la planification de la santé aux Amériques, 1958–2008

L'OPS défend activement la planification en santé publique depuis au moins 1958, lorsque l'épidémiologiste chilien Abraham Horwitz est devenu Directeur de l'Organisation. Influencé par le champ naissant de l'économie du développement, M. Horwitz et ses contemporains ont vu dans la planification un instrument crucial pour promouvoir le développement national et dans la santé publique une composante essentielle du développement.

La charte de Punta del Este de 1961, qui a lancé l'Alliance pour le progrès, a défini un Programme ambitieux de santé publique sur dix ans qui visait à accroître de 5 ans l'espérance de vie au cours de la décennie grâce à des réalisations spécifiques dans le domaine de l'eau et de l'assainissement, de la santé infantile, du contrôle des maladies transmissibles, de la nutrition, des services de santé et de la recherche scientifique. M. Horwitz a proposé que l'OPS soit l'agence de coopération technique chef de file pour le plan régional et a invité le Centre pour les études de développement économique et social (CENDES) de l'Université centrale du Venezuela à élaborer une méthodologie pour la planification nationale et régionale de la santé. L'OPS s'est attachée à promouvoir la méthodologie du CENDES par le biais de programmes de formation offerts dans son Centre panaméricain pour la planification de la santé à Santiago (Chili).

En 1971, une évaluation de l'OPS a fait apparaître des progrès considérables dans la réalisation des buts du plan sur dix ans mais a également mis en exergue des disparités significatives dans les réalisations entre les pays. Lors de leur réunion de 1972, les Ministres de la Santé de la Région ont passé en revue l'expérience acquise au cours du premier plan sur dix ans et ont conclu que l'absence de politiques explicites sur le développement des systèmes de santé avait affaibli l'efficacité de la planification. Dans des résolutions, ils ont déclaré la santé comme étant un droit universel, reconnu l'importance de la participation sociale à la prise de décisions et présenté un nouveau plan de la santé sur dix ans (1971-1980) axé sur l'élargissement des services de santé aux populations mal desservies.

Dès la fin des années 1970, les dirigeants de la santé publique de Région et d'ailleurs ont concentré leur attention non plus sur des plans régionaux sur dix ans mais sur des stratégies de soins de santé primaire comme étant le meilleur moyen de garantir la santé comme droit universel. Ce processus a abouti à l'appel d'Alma Ata en 1978 pour la « santé pour tous d'ici l'an 2000 ». En 1980, la plupart des pays de la Région avaient élaboré des stratégies nationales pour la réalisation de la « santé pour tous d'ici l'an 2000 » et celles-ci ont constitué le fondement d'un ensemble de stratégies régionales approuvées par le Conseil directeur de l'OPS. Elles fixaient des objectifs ambitieux directement liés à la santé pour tous, y compris l'immunisation de tous les enfants de moins de 1 an et la fourniture d'eau et de services d'assainissement à toute la

population, dans les deux cas avant 1990. En 1981, l'OPS a adopté un plan d'action en vue d'atteindre ces buts, en mettant l'accent sur la restructuration et l'extension des services de santé afin d'en accroître l'équité, l'efficacité et l'efficience.

Du fait de la crise économique des années 80, le nombre de personnes ayant accès aux services de santé a diminué au lieu d'augmenter. Face à cette situation, le Conseil directeur de l'OPS, en 1988, a appelé au développement et au renforcement des systèmes de santé locaux comme fondement de la transformation des systèmes nationaux de santé. Cette approche visait à promouvoir la participation des citoyens à la promotion de la santé et à la prestation des services, augmentant ainsi la responsabilisation.

En 1990, la Conférence sanitaire panaméricaine a développé une série de nouvelles orientations stratégiques, tout en maintenant certaines des stratégies déjà en place, pour guider les activités de l'OPS et de ses États membres. Il s'agissait notamment d'accorder une attention particulière au rôle de la santé dans le développement, de réorganiser le secteur de la santé et de considérer en priorité les groupes à haut risque, la promotion de la santé, la communication sociale, l'intégration des femmes dans la santé et le développement, la gestion des connaissances, la mobilisation des ressources et la promotion de la coopération technique entre les pays.

Aujourd'hui, la planification est pour l'OPS un moyen clé pour assurer l'action efficace en matière de santé aux Amériques. Le nouveau plan stratégique 2008-2017 de l'OPS est fortement intégré et soigneusement articulé pour établir des liens avec ses mandats externes, avec des indicateurs, des scénarios de référence et des cibles bien définis sur le plan opérationnel pour s'assurer que les résultats des efforts de l'Organisation sont significatifs et mesurables. Le plan reflète l'engagement de l'OPS, de pair avec d'autres institutions des Nations Unies et des institutions de coopération internationale, à s'assurer que ses activités sont efficaces et que l'Organisation est responsable en dernier lieu devant les populations qu'elle a pour mission de servir.

57. De même que l'OMS, l'OPS a pris des mesures visant à s'assurer que ses processus administratifs et ses systèmes d'information soutiennent également les nouvelles orientations stratégiques et les engagements envers ses États membres. Dans le cadre de ce processus, l'OPS utilise le système de gestion mondial (GSM) de l'OMS et ses principes directeurs comme boussole pour maintenir l'alignement programmatique avec l'OMS tout en respectant la structure de gouvernance et le statut juridique séparés de l'OPS. Cela garantira que l'OPS fournit à l'OMS les données programmatiques et financières devant être intégrées dans ses processus mondiaux de planification des programmes et d'information tout en répondant également aux besoins régionaux de l'Organisation.

58. En 2007, le PASB a réalisé des progrès importants dans sa gestion programmatique et ses systèmes budgétaires. L'instrument de gestion clé de l'Organisation, AMPES/OMIS, a été amélioré avec l'ajout d'un nouveau module budgétaire basé sur le Web, le système de gestion budgétaire (AMS). Conformément aux

principes directeurs du GSM, le nouveau AMS est configuré pour 1) permettre aux entités de gestion d'élaborer des plans de travail biannuels liés au plan stratégique et au budget programme de l'Organisation et 2) faciliter la transition d'une structure programmatique basée sur des « domaines d'intervention » vers une structure basée sur « des objectifs stratégiques ». Ce nouveau système permet aux entités de gestion de définir des « résultats escomptés spécifiques par bureau » avec des indicateurs associés qui sont directement liés aux « résultats escomptés au niveau régional » figurant dans le plan stratégique de l'OPS. Ainsi, le système documente les contributions de toutes les entités de gestion à la réalisation des objectifs stratégiques de l'Organisation.

59. En 2008, le PASB parachèvera la mise en œuvre d'un nouveau système de contrôle et d'évaluation de la performance pour l'instauration du nouvel environnement de planification, de programmation et de gestion.

Ressources financières pour la coopération technique de l'OPS en 2007

60. Au cours de 2007, l'OPS a mobilisé des ressources financières nettement plus importantes, permettant à l'Organisation de renforcer ses efforts de coopération technique. Le financement total a atteint 620,8 millions de dollars américains, le niveau le plus élevé de revenus jamais obtenu par l'Organisation en une seule année. Les recettes provenant des contributions des États membres pour l'année en cours et les années antérieures ont atteint 68 millions de dollars et 44,6 millions de dollars, respectivement. L'OPS a reçu 67,6 millions de dollars de l'OMS, dont 39,2 millions de dollars pour les activités du budget ordinaire et 28,4 millions de dollars pour des projets extrabudgétaires. L'Organisation a également reçu 284,4 millions de dollars pour l'achat de vaccins et d'autres fournitures au nom des États membres de l'OPS.

61. L'OPS a mobilisé 153,8 millions de dollars de contributions volontaires, y compris 72,6 millions de dollars des gouvernements pour des projets externes, 71,3 millions de dollars des gouvernements pour des projets nationaux (68,9 millions de dollars du Brésil), 5 millions de dollars d'organisations internationales, 4,7 millions de dollars d'organisations des secteurs privé et public et 197 000 dollars d'autres sources. Les pays ayant le plus contribué aux fonds volontaires sont le Brésil (72,6 millions de dollars), le Canada (16,3 millions de dollars), l'Espagne (23,3 millions de dollars), les États-Unis (17,9 millions de dollars), la Norvège (1,3 million de dollars), la Suède (5,7 millions de dollars) et le Royaume-Uni (1,9 millions de dollars).

62. Les responsables de la gestion financière de l'OPS ont répondu de façon proactive à cette croissance spectaculaire des ressources financières ainsi qu'à la décentralisation et à la mise en œuvre de la gestion axée sur les résultats. En 2006-2007, l'Organisation a mis en place un nouveau cadre de responsabilisation financière, qui comprend l'examen des politiques et des procédures financières, la formation du personnel et l'impératif pour

tous les représentants de l'OPS dans les pays et les cadres supérieurs au siège de certifier les comptes financiers annuels de leurs bureaux. Une politique récemment mise en application d'identification des dépenses et la mise en œuvre prévue des normes comptables internationales du secteur public (IPSAS), en alignement avec les Nations Unies et ses institutions spécialisées, accroîtront l'engagement de l'OPS sur le plan de la gestion axée sur les résultats. Ces initiatives continueront à positionner l'OPS en tant que chef de file dans le domaine des meilleures pratiques financières parmi les institutions des secteurs public et privé et soutiendront l'engagement continu de l'Organisation face à ses responsabilités fiduciaires.

Fonds directeur d'investissement en capital

63. En 2007, l'OPS a reçu l'approbation de ses organes directeurs pour mettre en application un plan directeur d'investissement en capital (MCIP). Par le passé, l'OPS a répondu aux besoins liés à ses bâtiments, ses installations et son équipement, ainsi qu'à l'infrastructure de la technologie de l'information, sur une base ad hoc. Avec la mise en place du MCIP, l'Organisation régularisera le processus de planification et répondra aux besoins de maintenance et d'infrastructure de façon plus planifiée sur une période de dix ans. Le MCIP sera mis à jour continuellement sur un cycle de dix ans renouvelable et sera intégré au processus de planification et de financement du budget programme biennuel.

64. Le financement initial de 8 millions de dollars pour le MCIP provient de l'excédent des revenus par rapport aux dépenses du budget programme ordinaire 2006-2007. À l'avenir, le financement proviendra de l'excédent des revenus par rapport aux dépenses, le cas échéant, du budget programme ordinaire à la fin de chaque exercice biennal. L'OPS a été contactée pour fournir une aide à d'autres institutions des Nations Unies pour mettre en place cette meilleure pratique budgétaire et financière.