



ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ



134^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF

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

Point 3.1 de l'ordre du jour provisoire

CE134/5 (Fr.)

7 mai 2004

ORIGINAL : ANGLAIS

RAPPORT DE LA 38^e SESSION DU SOUS-COMITÉ DE PLANIFICATION ET DE PROGRAMMATION

1. Le Sous-Comité de planification et de programmation a tenu sa 38^e session au Siège de l'Organisation à Washington, D.C., du 24 au 26 mars 2004.
2. La 38^e session comptait des représentants des Membres suivants du Sous-Comité élus par le Comité exécutif ou désignés par le Directeur : Argentine, Barbade, Brésil, Canada, États-Unis d'Amérique, Guatemala, Honduras et Pérou. Des observateurs du Mexique étaient également présents.
3. Le Bureau suivant a été élu avec des délégués de la Barbade (Président), de l'Argentine (Vice-Président) et le Brésil (Rapporteur).
4. Pendant la session, le Sous-Comité a discuté des thèmes suivants :
 - Objectifs de développement pour le Millénaire et objectifs de santé,
 - Observatoire des ressources humaines dans la santé,
 - Accès aux médicaments,
 - Renforcement des systèmes de santé en vue d'une réponse à intégrée face au VIH/SIDA,
 - Règlement sanitaire international : Perspectives de la Région des Amériques,
 - Évaluation décennale de l'Initiative régionale sur les données sanitaires de base,

- Rapport de situation du Groupe de travail sur la politique budgétaire régionale,
- Stratégie pour accroître le taux de recouvrement des contributions, et
- Onzième programme général de travail de l'OMS.

5. Sous le point Autres questions, les thèmes suivants ont également été discutés : le rapport du Groupe de travail sur l'avenir de l'OPS au 21^e siècle, la mise à jour par le Secrétariat sur les événements récents et autres questions d'intérêt particulier pour le Sous-Comité tels que la Conférence hémisphérique sur l'éradication de la fièvre aphteuse, le statut des trois Centres de l'OPS et le statut de la Convention cadre pour la lutte antitabac, ainsi que d'autres questions soulevées par les États Membres.

6. Le rapport final de la session est donné ci-joint.

Annexe



ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ



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

Washington, D.C., 24-26 mars 2004

CE134/5 (Fr.)
Annexe

SPP38/FR (Fr.)
26 mars 2004
ORIGINAL : ANGLAIS

RAPPORT FINAL

TABLE DES MATIÈRES

	<i>Page</i>
Bureau	3
Ouverture de la session	3
Adoption de l'ordre du jour et du programme des réunions	4
Présentation et discussion des articles	4
Objectifs de développement pour le millénaire et cibles sanitaires.....	4
Observatoire des ressources humaines en santé	13
Accès aux médicaments	20
Renforcement des systèmes de santé pour une réponse intégrée au VIH/SIDA	26
Règlement sanitaire international : Perspectives de la Région des Amériques	34
Évaluation décennale de l'Initiative régionale sur les données sanitaires de base	40
Rapport de situation du Groupe de travail sur la politique budgétaire régionale.....	47
Stratégie pour augmenter le taux de recouvrement des contributions	52
Onzième programme général de travail de l'OMS	54
Questions diverses	58
Rapport du Groupe de travail sur l'OPS au 21 ^e siècle.....	58
Présentation du Secrétariat faisant le point sur les événements récents et d'autres questions présentant un intérêt pour le Sous-Comité.....	60
Autres questions soulevées par les États Membres	63
Clôture de la session	65
Annexe A : Ordre du jour	
Annexe B : Liste de documents	
Annexe C : Liste de participants	

RAPPORT FINAL

1. La 38^e session du Sous-Comité de planification et de programmation (SPP) du Comité exécutif de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) s'est tenue au Siège de l'Organisation à Washington, D.C., du 24 au 26 mars 2004.

2. Des représentants des États Membres suivants du Sous-Comité, élus par le Comité exécutif ou nommés par le Directeur, étaient présents : Argentine, Barbade, Brésil, Canada, Guatemala, Honduras, Pérou et États-Unis d'Amérique. Le Mexique était également présent en qualité d'observateur.

Bureau

3. Le Sous-Comité a élu le bureau composé des États Membres suivants pour la 38^e session :

Président : Barbade (Hon. Jerome X. Walcott)

Vice-président : Argentine (Dr Carlos Vizzotti)

Rapporteur : Brésil (Dr Jorge Antonio Zepeda Bermudez)

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

Ouverture de la session

5. Le Directeur a ouvert la session et a souhaité la bienvenue aux participants, en particulier aux observateurs. Comme le savaient les membres, le SPP, en qualité d'instance traitant des questions de planification et de programmation, donnait de précieux conseils sur les activités de l'Organisation. L'atmosphère des sessions du Sous-Comité se caractérisait par le sérieux de son objet mais aussi par un caractère moins officiel que les sessions des instances dirigeantes. Il a su ainsi constituer un forum idéal pour un dialogue amical et productif entre les États Membres et le Secrétariat sur les aspects fondamentaux des activités de l'Organisation. Elle était certaine que les discussions au cours de la 38^e session s'avéreraient tout aussi riches et fructueuses que celles des sessions précédentes du Sous-Comité.

6. Au cours de cette session, outre l'examen des questions figurant à l'ordre du jour officiel du Sous-Comité, les États Membres auraient l'occasion d'entendre la présentation actualisée de plusieurs activités actuelles et futures, y compris sur les préparatifs pour la deuxième Semaine de vaccination annuelle des Amériques et la Journée mondiale de la santé. Qui plus est, le point serait fait sur la situation en Haïti et les efforts de l'OPS en vue d'aider le pays. Le Sous-Comité écouterait aussi un rapport de situation du Groupe de travail sur l'OPS au 21e siècle.

7. Le Président a également souhaité la bienvenue aux Membres et les a remercié de leur vote de confiance, ayant élu la Barbade pour présider le Sous-Comité.

Adoption de l'ordre du jour et du programme des réunions (documents SPP 38/1, Rév. 1, et SPP 38/WP/1, Rév. 1)

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

Présentation et discussion des articles

Objectifs de développement pour le Millénaire et cibles sanitaires (document SPP38/4)

9. Le Docteur Ilona Kickbusch (Conseiller en chef pour les Objectifs de développement pour le Millénaire et les Objectifs de santé, OPS) a souligné les principales composantes de la stratégie de l'OPS pour le renforcement de l'engagement envers les Objectifs de développement pour le Millénaire (ODM) et le soutien apporté en la matière dans les pays des Amériques. Elle a commencé par souligner que la démarche décrite dans le document pour ce qui est des ODM reflétait une nouvelle forme de coopération technique et un nouveau moyen de travailler entre les programmes au sein de l'Organisation. Elle a également noté que le document ne comprenait pas de nombreux exemples de pays de la Région. Une étude sur les progrès en ce qui concerne les ODM était en cours, et des informations plus spécifiques par pays seraient incluses dans le document devant être présenté au Comité exécutif.

10. Il était important de garder à l'esprit le fait que les ODM faisaient partie du Pacte de développement pour le Millénaire entre les pays développés et en développement, par lequel la communauté internationale s'était engagée à travailler de concert en vue d'aider tous les pays à réaliser les objectifs. C'était là l'un des éléments novateurs des ODM : il ne s'agissait pas des objectifs d'un secteur spécifique mais bien des objectifs de la communauté internationale dans son ensemble et de tous les gouvernements. Certes, bon nombre des objectifs correspondaient à des préoccupations de longue date du secteur de

la santé, mais l'adoption de la Déclaration du Millénaire en a fait les préoccupations de tous les secteurs des gouvernements et des organisations non gouvernementales (ONG) et du secteur privé également. Les ODM ont ainsi inscrit l'investissement dans la santé des populations au cœur du programme mondial de développement.

11. Toutefois, un forum de haut niveau réuni récemment sous l'égide de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et de la Banque mondiale avait conclu que les progrès réalisés à ce jour sur le plan des ODM relatifs à la santé avaient été trop lents, en particulier dans les pays à faible revenu. En conséquence, le Directeur du BSP avait décidé que les activités de l'Organisation relatives aux ODM devraient se focaliser en particulier sur la réalisation des objectifs dans les cinq pays prioritaires identifiés dans le Plan stratégique pour 2003–2007 (la Bolivie, le Guyana, Haïti, le Honduras, et le Nicaragua). Dans la mesure où on a estimé que les ODM n'étaient pas aussi connus dans la Région qu'ils auraient dû l'être, plusieurs événements importants avaient été organisés en vue d'accroître la visibilité des objectifs et de renforcer l'engagement envers ces objectifs au sein d'une vaste gamme de secteurs et de parties prenantes.

12. Au nombre de ces événements, on pouvait citer une conférence qui s'était tenue à Brasilia (Brésil), en novembre 2003, qui avait réuni des dirigeants politiques et des représentants d'organisations régionales. La Déclaration de Brasilia, adoptée lors de cette conférence, avait souligné l'importance d'un consensus politique relatif à la mise en œuvre des ODM dans les Amériques. La Déclaration définissait de bonnes orientations sur les différents segments de la société qui devraient apporter une contribution afin de progresser sur la voie de la réalisation des objectifs. Un aspect crucial de la Déclaration était l'appel lancé aux parlementaires ainsi qu'au secteur privé pour qu'ils appuient les ODM.

13. L'OPS considérait les ODM comme un tout indissociable, dans le cadre duquel les différents objectifs et cibles pourraient être examinés en termes de facteurs déterminants de la santé, y compris les facteurs déterminants sociaux classiques, tels que la pauvreté, la discrimination entre les sexes, l'éducation ; les facteurs déterminants environnementaux, tels que l'eau et l'assainissement ; et les nouveaux facteurs déterminants mondiaux, tels que les questions liées au commerce et à l'allègement de la dette. Cette perspective permettait de percevoir la synergie entre le développement et la santé et entre les objectifs non liés à la santé et les objectifs relatifs à la santé en tant que contribution au développement, à la réduction de la pauvreté, et à l'amélioration de la qualité de la vie. Le fait de mettre l'accent sur les points non résolus du programme de santé tel qu'il était exprimé dans le cadre des ODM relatifs à la santé a également contribué à mettre en exergue les questions d'équité, tant entre les pays qu'au sein des pays.

14. La stratégie de l'OPS à l'appui des pays pour la réalisation des ODM s'articulait autour de quatre principes de base : 1) l'appropriation par les pays, 2) une gouvernance responsable et un développement ciblé, 3) la fixation du coût de l'investissement en vue de couvrir les groupes les plus pauvres de la population, et 4) des mesures de politique générale, pas la charité. Les objectifs stratégiques de l'Organisation à l'appui des pays consistaient à favoriser une plus grande prise de conscience et un accroissement des investissements pour les priorités de la santé ; à intensifier l'action sur le plan du développement national de la santé à l'appui des progrès relatifs aux ODM ; à intégrer les activités relatives aux ODM avec les initiatives pour les objectifs et cibles du domaine de la santé et les politiques de la santé axées sur les résultats dans les Amériques ; à développer les connaissances en matière de santé et la prise en charge par les communautés ; à améliorer les mesures du progrès au moyen de données désagrégées sur la santé de haute qualité au niveau régional, infrarégional et national ; entamer des études en vue de renforcer les éléments de preuve et de produire de nouvelles connaissances ; à intégrer les dimensions stratégiques des activités sur les ODM avec d'autres efforts stratégiques ; et démarrer et accroître la coopération avec d'autres partenaires — en particulier au niveau des pays — afin d'obtenir des résultats.

15. Un aspect clé de la démarche de l'OPS consistait à inclure les activités sur les ODM dans le flux normal de ses activités actuelles, plutôt que de faire en sorte que ce soient des initiatives ou programmes séparés qui ciblent ces objectifs. Dans le cadre de ces activités, l'Organisation a entamé des discussions avec la Banque mondiale et la Banque interaméricaine de développement en vue de traduire un plus grand engagement envers les ODM dans le cadre de l'Agenda commun pour la santé dans les Amériques, et s'est également efforcée d'intégrer les ODM dans le cadre de sa collaboration avec d'autres partenaires au niveau des pays. Enfin, un aspect des ODM jugé particulièrement important était leur lien étroit avec le développement de la démocratie, en particulier par l'entremise de la participation des communautés dans leur propre santé et de la promotion du débat au sein de la société sur le plan des droits de la personne, de l'équité, et de l'accès aux services les plus fondamentaux dont la population, notamment la plus vulnérable, devrait jouir pour ce qui est de sa santé.

16. Le Sous-Comité a salué l'engagement de l'OPS à aider tous les pays de la Région à réaliser les objectifs et cibles énoncés dans la Déclaration du Millénaire et a exprimé son soutien général pour les activités et stratégies de coopération technique définies dans le document. Un soutien particulier a été exprimé en faveur des efforts de l'OPS pour intégrer ses activités relatives aux ODM aux activités et programmes existants et de l'importance accordée aux situations spécifiques des pays et à la promotion de l'appropriation par les pays à la fois des activités entreprises pour réaliser les objectifs et des gains résultant de ces activités.

17. Les délégués ont souligné la nécessité de se concentrer sur ce qui était nécessaire au niveau des pays pour que les ODM se traduisent par des mesures concrètes, et plusieurs délégués ont décrit les mesures déjà adoptées dans leurs pays respectifs en vue de réaliser les objectifs. La volonté politique et le soutien parlementaire ont été jugés cruciaux ; toutefois, il a été indiqué que le soutien politique de la part d'une seule administration gouvernementale ne serait pas suffisant, puisque pour réaliser ces objectifs, un soutien durable dans le temps serait nécessaire. Le Délégué du Guatemala a fait remarqué qu'une sorte de « bouclier politique » était nécessaire afin de protéger les activités liées aux ODM et de s'assurer qu'elles se poursuivraient sans être interrompues, en dépit des changements politiques à la tête des pays. Un autre délégué a noté que, dans de nombreux cas, les pays qui pourraient le plus bénéficier des mesures couvertes dans les ODM étaient les pays où les objectifs ne faisaient pas encore partie intégrante des politiques nationales ou qui ne leur avaient pas accordé la priorité qu'ils méritaient. Cela s'expliquait en partie du fait que les ODM étaient encore considérés comme une initiative distincte et séparée, et non comme un cadre de politique générale qui pouvait regrouper de nombreuses initiatives. Il fallait donc poursuivre le travail pour faire ressortir le lien étroit qui existait entre les ODM et les diverses autres initiatives mondiales et régionales sur le plan de la santé et du développement, y compris, en particulier, le Plan d'Action du Sommet des Amériques. En outre, il était nécessaire de transformer les ODM en plans nationaux, infranationaux et locaux, en désagrégeant les objectifs et les moyens de surveillance pour montrer où les mesures devaient être renforcées afin de s'assurer que les activités relatives aux objectifs servaient à réduire les iniquités et les inégalités.

18. L'affectation et la mobilisation des ressources étaient également jugées essentielles pour que les pays réussissent à atteindre les ODM. À cet égard, le Délégué du Honduras a souligné que les pays avaient besoin d'aide, premièrement, pour calculer quel devrait être l'investissement au cours des 10 à 15 prochaines années afin que les gouvernements puissent planifier à la fois leur propre budget et leurs demandes de coopération extérieure. Le Délégué du Pérou a attiré l'attention sur le problème des pays comme le sien, qui étaient passés dernièrement dans la catégorie des pays à revenu intermédiaire et avaient vu de ce fait leur capacité à obtenir des ressources auprès des institutions internationales de développement et de prêts considérablement réduite. Toutefois, il ne disposait pas des ressources suffisantes pour financer les coûts additionnels liés à la réalisation des ODM. Il convenait de tenir compte de cette situation, en aucun cas spécifique au Pérou, lors des discussions avec les bailleurs de fonds mentionnées au paragraphe 35 du document.

19. Une suggestion a été formulée selon laquelle un autre moyen pour l'OPS d'apporter son soutien aux pays consistait à les aider à programmer leur aide existante de façon plus efficace et à harmoniser et intégrer les efforts de tous les partenaires de la coopération internationale. À cet égard, un délégué a souligné que les diverses institutions de coopération avaient toutes leurs propres méthodologies et leurs propres

façons de mesurer les résultats, qui ne coïncidaient pas nécessairement avec celles du pays, et a indiqué que, pour assurer l'appropriation par les pays, il fallait s'efforcer d'œuvrer vers l'objectif commun qui consiste à aider les pays à réaliser les ODM. Un autre délégué a souligné la nécessité d'une intégration interministérielle et a appelé l'OPS à aider les pays à encourager les partenariats et les efforts conjoints entre les divers ministères concernés par la réalisation des ODM. La coopération bilatérale entre les pays était également considérée comme une stratégie clé pour mobiliser les ressources techniques et financières nécessaires, et l'OPS a été encouragée à aider les pays à forger des partenariats bilatéraux de ce type.

20. Sur la question des ressources, le Délégué du Canada a rappelé que plusieurs années auparavant, le Canada avait suggéré que tous les documents de travail préparés pour les Instances dirigeantes contiennent des informations sur les coûts afférents aux activités en question ainsi que sur les montants du budget de l'OPS qui leur étaient consacrés. Ce type d'informations donnerait aux États Membres une meilleure idée des réalités budgétaires et financières de l'Organisation. Le Canada encouragerait donc le Secrétariat à inclure dans tous les documents de travail futurs des informations sur le budget et les ressources, y compris les ressources financières et humaines. Sa délégation a également recommandé que tous les documents comprennent des informations sur l'impact attendu des activités de l'Organisation sur les populations vulnérables, en particulier les enfants, les femmes, les adultes âgés, et les groupes autochtones.

21. Le Sous-Comité a estimé que les propositions énoncées au paragraphe 38 du document constituaient certes un bon point de départ pour les activités de l'OPS liées aux ODM, mais plusieurs préoccupations ont été formulées, de même qu'un certain nombre de suggestions en vue d'améliorer à la fois la démarche de l'Organisation pour ce qui est des objectifs et la prochaine version du document. Certains délégués ont également soumis d'autres commentaires et suggestions par écrit.

22. La Déléguée des États-Unis a déclaré que sa délégation estimait que les vues sur la mondialisation présentées dans le document — en particulier la prémisse selon laquelle il s'agit de la cause profonde de la pauvreté et de l'iniquité — étaient biaisées et généralisaient à l'excès. Les États-Unis estimaient que l'OPS n'avait ni les compétences ni le mandat pour entreprendre, comme cela était proposé, une analyse systématique de l'impact sur la santé d'éléments déterminants plus vastes en termes de contexte et de politique générale tels que les accords commerciaux, les politiques de l'immigration, et les politiques économiques. Elle a souligné que l'OPS devrait se concentrer sur son mandat technique, notamment travailler avec les pays en vue de renforcer les capacités nécessaires afin d'utiliser les données plus efficacement pour l'élaboration de leur

politique nationale et d'opérer un suivi des progrès accomplis sur la voie de la réalisation de ces objectifs et de les évaluer.

23. S'agissant du paragraphe 14, il a été indiqué que l'expression « bien public » n'était pas clairement définie, et que l'on ne voyait pas clairement comment l'accès à ce type de biens pourrait être garanti gratuitement. En outre, il ne semblait pas qu'il existe de justification pour la réorientation de la politique générale et de la stratégie proposée dans ce paragraphe. On a estimé que plusieurs autres termes utilisés dans le document devaient aussi être explicités, car ils se prêtaient à de multiples interprétations, par exemple la « gouvernance multidimensionnelle » et la « nouvelle pauvreté ». Qui plus est, le document devait établir une distinction entre les Objectifs de développement pour le Millénaire et les objectifs et cibles sur lesquels s'étaient mis d'accord les États Membres dans la Déclaration du Millénaire adoptée en 2000. l'expression « Objectifs de développement pour le Millénaire » faisait référence aux objectifs formulés ultérieurement par les Nations Unies, la Banque mondiale, le Fonds monétaire international, et d'autres organisations, et même si la Déclaration du Millénaire et les ODM concordait dans une grande mesure, ces derniers n'avaient pas nécessairement reçu l'accord officiel des États Membres.

24. Pour ce qui est du paragraphe 23, qui appelait les pays à renforcer leur engagement envers le principe selon lequel les citoyens ne devraient pas être exclus de l'accès aux services de santé, indépendamment de leur capacité à payer, il a été suggéré d'élargir le dernier membre de phrase pour dire : « indépendamment de leur âge, de leur ethnicité, de leur sexe, de leurs revenus, ou de leur lieu de résidence ». En ce qui concerne le paragraphe 25, qui soulignait que la discrimination entre les hommes et les femmes constituait un déterminant social classique de la santé, l'OPS a été encouragée à mettre en exergue l'importance de la santé sexuelle et reproductive pour la réalisation d'un certain nombre d'objectifs des ODM, y compris la santé maternelle, la réduction de la mortalité juvénile, la lutte contre le VIH/SIDA, et l'éradication de la pauvreté extrême et de la faim. L'Organisation a également été encouragée à intégrer les idées sur la stratégie d'intégration décrite aux paragraphes 32 à 34 dans l'ensemble du document, dans la mesure où l'intégration des objectifs et cibles dans les programmes existants était cruciale pour la nouvelle démarche proposée par l'OPS. En outre, il a été indiqué que le document devrait identifier plus clairement les stratégies que l'OPS suivrait pour aider les pays à adapter les objectifs et cibles définis de façon générale à la situation spécifique des pays.

25. S'agissant du paragraphe 37, il a été demandé au Secrétariat d'expliquer si les efforts visant à aligner les programmes du Bureau avec les ODM supposeraient une restructuration de l'Organisation et comment les efforts déployés par l'OPS aideraient directement les cinq pays prioritaires à atteindre les objectifs. On a estimé que la section sur les « Étapes suivantes » à la fin du document devrait être davantage développée, avec

plus de détails et des propositions de dates pour faire rapport sur les activités de l'équipe chargée des ODM. Pour ce qui est de la proposition relative à la création d'un forum intellectuel de haut niveau/groupe consultatif sur la politique générale, il a été suggéré que le travail de ce groupe s'inscrive dans le droit fil des recommandations du Forum de haut niveau sur les ODM de la Santé, qui s'était tenu à Genève in janvier 2004.

26. Enfin, le Sous-Comité a souligné la nécessité de maintenir un suivi constant des progrès accomplis sur la voie des ODM. On espérait que les systèmes existants de compilation des données de routine seraient utilisés à cette fin. Les délégués ont accueilli favorablement la collaboration de l'OPS au Réseau de mesure de la santé et ont affirmé qu'ils appuyaient un système de communication régulière des progrès par les régions et les pays.

27. Le Docteur Kickbusch a remercié le Sous-Comité pour ses commentaires très utiles, qui seraient pris en compte au moment de réviser le document. En particulier, le Secrétariat s'efforcerait de clarifier certains des concepts ainsi que la terminologie mentionnés par les délégués. Il apporterait aussi des éclaircissements sur le lien entre les ODM et la Déclaration du Millénaire et expliquerait comment les ODM avaient évolué depuis le Sommet du Millénaire en 2000, et il s'efforcerait aussi de montrer le rapport entre les ODM et les autres engagements à l'échelle régionale et mondiale. Elle a noté que la situation avait évolué à plusieurs égards depuis que la première version du document avait été produite. Par exemple, une équipe chargée de la stratégie pour les ODM avait été constituée au sein de l'OPS, et le processus de rationalisation des ODM à travers les divers programmes et domaines d'activité avait véritablement commencé. La prochaine version du document contiendrait davantage d'informations sur les évolutions récentes, à la fois au sein du Secrétariat et des États Membres. Qui plus est, le Secrétariat mettrait en place un Intranet pour tenir le personnel de l'OPS au Siège et dans les pays informés de ce qui se produisait. Cet Intranet pourrait également être utilisé par la suite comme un instrument de notification en vue d'informer les États Membres des activités en cours et des progrès accomplis sur la voie de la réalisation des objectifs.

28. L'une des principales préoccupations de l'OPS consistait à déterminer quelle panoplie d'outils elle pourrait proposer pour aider les pays à déterminer « comment » réaliser les ODM. À cette fin, l'équipe chargée des ODM était en contact étroit avec des collègues du Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD), qui travaillaient également sur une panoplie d'outils de ce type. L'un des principaux objectifs de l'équipe consistait à mettre au point une panoplie d'outils en collaboration avec le réseau santé des municipalités qui pourrait être utilisée au niveau local. L'équipe examinait aussi la question de savoir « comment » établir un partenariat. Des discussions avec le personnel dans les bureaux de l'OPS/OMS dans les pays ont fait ressortir que les ODM les obligeaient à travailler avec de nouveaux partenaires, mais qu'ils avaient besoin

de soutien pour développer les compétences nécessaires, et le Secrétariat s'efforçait de déterminer comment tirer parti au mieux de cette opportunité.

29. Elle souhaitait revenir sur trois points en particulier qui avaient été soulevés lors de la discussion. Premièrement, s'agissant du forum de haut niveau à Genève, les régions n'avaient pas été invitées à y prendre part et n'avaient pas été consultées pour ce qui était de savoir qui, de chaque région, devrait être représenté dans le cadre du forum. Par conséquent, la Région des Amériques n'avait pas été suffisamment représentée ou n'avait pas été représentée à un niveau suffisamment élevé. Le Secrétariat avait évoqué la question avec des collègues de l'OMS et de la Banque mondiale et s'efforçait de résoudre la question de la participation régionale, en particulier à la lumière de la proposition d'organiser des forums régionaux. Elle a assuré au Sous-Comité que l'équipe chargée des ODM examinait la question de savoir comment l'OPS pourrait contribuer au mieux aux recommandations émanant du forum de haut niveau.

30. Deuxièmement, s'agissant des relations interministérielles qui avaient été mentionnées, le Secrétariat avait entamé des discussions avec l'Organisation des États américains (OEA) sur la façon dont les ministères de la santé et de l'éducation pourraient travailler de concert, notamment en vue d'atteindre l'objectif d'instruction dans le domaine de la santé, et sur le rôle d'intermédiaire que pourrait jouer l'OPS pour faciliter cette collaboration. L'OPS estimait que le lien entre la santé et l'éducation était crucial pour le processus des ODM dans la mesure où un niveau plus élevé d'instruction sur la santé contribuerait à la réalisation de la quasi totalité des objectifs de santé. Troisièmement, le Secrétariat travaillait sur une stratégie de communications portant sur les ODM. Dans un premier temps, il cherchait à documenter certaines des expériences en cours dans un numéro spécial du magazine de l'Organisation « *Perspectives in Health* ». En outre, le Secrétariat espérait utiliser la Journée mondiale de la santé de l'année suivante, dont le thème serait la santé maternelle et la santé des enfants, comme outil de communications pour les ODM.

31. En conclusion, elle a souligné que le but du Secrétariat était de développer une stratégie matricielle pour les ODM qui répondrait à l'un des grands objectifs du Directeur : faire en sorte que l'OPS travaille de façon plus intégrée. Les objectifs n'étaient pas considérés comme une activité additionnelle mais comme quelque chose qui contribuerait à renforcer des activités déjà en cours dans divers domaines et programmes. C'était pourquoi il n'existait aucun plan de restructuration ou de réorganisation fondamentale.

32. Le Directeur a déclaré que pour l'OPS, et pour elle-même personnellement, les ODM revêtaient un caractère urgent, puisque près d'un tiers de la période impartie pour leur réalisation s'était déjà écoulée mais que les mesures nécessaires pour s'assurer que les objectifs pourraient être réalisés n'avaient pas encore été adoptées. C'était pour cette

raison que l'OPS considérait les ODM comme un appel à l'action, et sa stratégie était animée par ce sentiment d'urgence. L'Organisation comprenait qu'elle devait faire montre de leadership en ce qui concernait les ODM, qu'ils ne pouvaient pas être traités comme un projet séparé pour lequel des ressources devaient être mobilisées sur une certaine période. Au contraire, il était essentiel de réorganiser et d'adapter les ressources existantes afin d'atteindre les objectifs d'ici la date cible.

33. Malheureusement, dès l'abord avait existé la perception que les ODM ne s'appliquaient pas à la Région des Amériques, dans la mesure où la majorité des pays avaient déjà atteint ces objectifs ou étaient sur le point de les atteindre. Toutefois, les Amériques étaient connues pour être la région aux plus grandes iniquités dans le monde, or la valeur fondamentale au cœur des ODM était l'équité. Par l'entremise de l'Initiative sur les données de santé de base, l'OPS comptait 10 ans d'expérience en termes d'évaluation des indicateurs de base et de mesure des iniquités, et les éléments de preuve accumulés au cours de cette période montraient que la Région était confrontée à deux grands défis sur le plan des ODM : 1) certains pays de la Région — en particulier les cinq pays prioritaires — étaient dans une situation véritablement désavantagée par rapport à d'autres pays de la Région et avaient besoin de l'aide de leurs pays frères afin de parvenir aux niveaux de santé et de développement envisagés dans les ODM ; et 2) sur le plan interne, tous les pays des Amériques souffraient d'iniquités, et plusieurs d'entre eux étaient au nombre des pays aux plus fortes iniquités au monde. Pour les pays pauvres très endettés et les autres pays prioritaires de la Région, l'OPS estimait que la communauté internationale avait la responsabilité fondamentale d'apporter son soutien et de témoigner sa solidarité. Pour les autres pays en revanche, il existait une responsabilité nationale fondamentale consistant à réaffecter les ressources et à formuler des politiques plus équitables au sein des pays. De ce fait, la Région avait encore beaucoup à faire sur le plan des ODM.

34. Réfuter la notion selon laquelle les ODM ne s'appliquaient pas aux Amériques ou ne constituaient pas une préoccupation pour la Région avait donc été la première étape pour l'OPS. L'Organisation avait ensuite eu à décider comment aborder son travail par rapport aux objectifs. Comme le Docteur Kickbusch l'avait dit, l'OPS ne considérait pas les ODM comme une nouvelle initiative ou un nouveau projet qui exigerait une restructuration ou une réorganisation, excepté au sens fonctionnel. Tout comme la Santé pour tous, il s'agissait d'un mandat intégrateur et d'un téléobjectif à travers lequel le Secrétariat devrait examiner tout ce qu'il faisait, l'objectif ultime étant de s'assurer que d'ici l'an 2015 les Amériques ne seraient plus la région aux plus fortes iniquités au monde.

35. Le renforcement des réseaux existants — de municipalités, d'institutions religieuses, de femmes, de jeunes, d'écoles faisant la promotion de la santé, et autres — et le fait de les persuader également d'adopter les ODM était une composante importante des activités de l'Organisation, de même que l'intégration d'initiatives déjà en cours, telles que l'initiative sur la mortalité maternelle, dans les activités globales relatives aux ODM. De même, les activités de l'Organisation dans le domaine des indicateurs devaient être révisées en vue d'accélérer l'identification des groupes de population, des zones géographiques, et des secteurs dans les pays ayant des besoins importants ou se retrouvant véritablement à la traîne pour ce qui est des divers concepts reflétés dans les ODM.

36. Pour l'OPS, un véritable succès au cours de l'année suivante consisterait à donner un visage humain aux ODM en identifiant, par exemple, les personnes et les communautés pour lesquelles les objectifs demeuraient un simple rêve inimaginable et pour lesquelles il était inconcevable que les conditions de vie envisagées dans le cadre des objectifs fussent une chose à laquelle elles pouvaient aspirer en tant que droit de la personne. C'était là le véritable objectif de l'Organisation sur le plan des ODM : rendre visibles ceux qui vivaient dans de telles situations et faire des objectifs le moteur du changement dans leurs communautés.

Observatoire des ressources humaines en santé (document SPP38/5)

37. Le Docteur Charles Godue (Chef d'Unité, Développement des ressources humaines, OPS) a présenté au Sous-Comité le point sur l'initiative « Observatoire des ressources humaines », qui avait été lancée en 1999 et avalisée par le Conseil directeur en 2001, par l'entremise de la Résolution CD43.R6, qui invitait instamment les États Membres à « participer activement à l'initiative « Observatoire des ressources humaines », visant à faciliter la création de groupes intersectoriels et interinstitutionnels dans chaque pays en vue d'analyser la situation, de produire les informations essentielles, et de formuler des propositions sur la politique, la réglementation et la gestion des ressources humaines ». Il a rappelé que l'OPS avait joué un rôle important de premier plan dans le domaine des ressources humaines dans la Région au cours des réformes sectorielles des années 90. Notamment, en 1997, elle avait organisé une réunion régionale au Costa Rica sur le thème « Ressources humaines : un facteur critique de la réforme du secteur de la santé ». Auparavant, il n'y avait eu presque aucune discussion sur la question des ressources humaines dans les processus de réforme, si ce n'est du point de vue purement utilitaire concernant la façon dont les ressources humaines pourraient être adaptées aux buts et objectifs des systèmes de santé.

38. La question des ressources humaines dans la Région était une question qui évoluait rapidement. Il existait des problèmes nouveaux, émergents, mais aussi des problèmes anciens résultant de 30 ans de déséquilibres dans le personnel du domaine de

la santé. Ce déséquilibre avait trait en partie à une question de géographie, avec une distribution très inégale du personnel de santé par rapport à la distribution des populations globales, et en partie à une question d'éventail de compétences, notamment du fait de la prépondérance des médecins par rapport aux autres professionnels des soins de santé. Il y avait aussi des problèmes hommes/femmes et des problèmes liés aux droits au sein des services de santé.

39. Ces problèmes avaient pris de nouvelles dimensions au cours des processus de réforme et de décentralisation, avec des implications en termes de capacité de l'administration centrale à définir des politiques et réglementations pour la gestion des ressources humaines. La mondialisation était assortie de nouveaux défis ou avait eu pour effet d'intensifier les défis anciens, y compris les problèmes relatifs à la migration du personnel de santé et à l'harmonisation des qualifications dans le cadre des processus d'intégration. Certains des problèmes avaient le potentiel de devenir des obstacles structurels à la réalisation des politiques de santé et au développement des systèmes de santé axés sur l'équité, l'efficacité et l'accès universel.

40. Fondamentalement, l'Observatoire était un cadre conceptuel et méthodologique orienté vers la formulation des politiques de ressources humaines à l'appui des politiques du secteur de la santé. Il reposait sur trois grands principes. Premièrement, cette initiative était basée sur les pays ; deuxièmement, elle rassemblait tous les acteurs concernés pour travailler ensemble à la prise de décision et à la formulation des politiques dans le domaine des ressources humaines ; et, troisièmement, elle visait à améliorer la disponibilité des informations et à accroître l'accès aux éléments de preuve disponibles ainsi que leur utilisation à l'appui de l'élaboration des politiques dans le secteur.

41. Au total, 21 pays participaient actuellement à cette initiative, certains d'entre eux disposaient de plusieurs observatoires. La dynamique, les points d'entrée, les priorités, et les lignes d'activité variaient d'un pays à l'autre, mais l'on retrouvait un élément commun dans tous les cas, à savoir que l'Observatoire avait pour objet d'offrir un forum pour les discussions interinstitutionnelles et intersectorielles pour la formulation des politiques dans les domaines de la planification, de la réglementation, et de l'éducation et de la formation dans la mesure où ils se rapportaient aux ressources humaines dans le secteur de la santé.

42. Au nombre des participants à l'initiative Observatoire, on comptait les ministères de la santé, les institutions académiques, et les organisations professionnelles et du travail, ainsi qu'une participation très active des bureaux nationaux de l'OPS/OMS. La contribution de ces derniers comprenait le financement d'ateliers et séminaires, la création de banques d'informations, la création de sites Web d'observatoires, et le financement de la recherche, d'études de cas, et la publication. Au niveau central, l'OPS a participé au processus en apportant une assistance technique pour la création

d'observatoires. Cette initiative a également reçu un financement important de l'Agence norvégienne de coopération pour le développement (NORAD), dont la contribution a été vivement appréciée.

43. L'évolution future de l'initiative s'articulait autour de quatre grandes facettes. Premièrement, un engagement renouvelé des Gouvernements de la Région pour la question prioritaire du développement des ressources humaines et en particulier pour l'initiative Observatoire. Deuxièmement, l'accent était mis sur les cinq pays prioritaires, où se posait un double défi : répondre immédiatement aux problèmes urgents des ressources humaines, tout en s'efforçant de mettre en place les mécanismes nécessaires et les bases institutionnelles en vue de formuler une stratégie à moyen terme pour le développement des ressources humaines. Troisièmement, l'intensification des activités dans le domaine de la formation des professionnels des ressources humaines, domaine où il existait actuellement très peu de programmes de formation dans la Région. Enfin, quatrièmement, le principal défi qui consistait à renforcer la capacité pour la recherche opérationnelle dans le domaine des ressources humaines, conformément aux préoccupations ou priorités des pays.

44. L'OPS était convaincue que la question des ressources humaines au cours de la décennie actuelle revêtait une importance stratégique cruciale pour la réalisation des objectifs de santé et la création de politiques de santé axées sur l'accès universel, l'équité, l'accent mis sur les soins de santé primaires, et la capacité d'établir des correspondances dans les changements des profils démographiques, épidémiologiques et sociaux des populations. Si la priorité nécessaire n'était pas accordée à cette question, elle pourrait devenir un goulet d'étranglement qui ferait obstacle à la réalisation des objectifs au sens plus large, tels que les ODM liés à la santé et la cible fixée par l'OMS de « 3 millions d'ici 2005 » (fourniture d'un traitement antirétroviral à 3 millions de personnes qui vivent avec le VIH/SIDA dans les pays en développement d'ici la fin de 2005). Il était donc essentiel d'examiner comment les problèmes dans les ressources humaines et les déséquilibres dans la distribution et la palette de compétences du personnel de la santé pourraient être résolus afin d'atteindre ces objectifs ambitieux.

45. La question des ressources humaines était très complexe, et supposait inévitablement l'adoption d'une perspective à moyen terme, dans la mesure où il n'existait pas de solutions immédiates. Ce qui était nécessaire, c'était un engagement fondamental de la part de divers acteurs et un leadership solide de la part des ministères de la santé, conjugués à un investissement durable pour le renforcement des capacités dans le domaine de la planification, de la réglementation, de la gestion et de l'éducation des ressources humaines.

46. Le Sous-Comité a salué l'aide que l'initiative Observatoire pourrait apporter aux pays pour élaborer leurs politiques de ressources humaines. Plusieurs délégués ont communiqué des informations sur la situation des ressources humaines dans leurs pays et les efforts déployés en vue de recruter d'autres professionnels de la santé, y compris des initiatives dans le domaine de la formation et de l'éducation. Le Délégué de la Barbade, notant avec regret que son pays ne participait pas encore à l'initiative Observatoire, a indiqué que la Barbade travaillait actuellement sur un plan de développement des ressources humaines et espérait se joindre à cette initiative prochainement. Il a demandé instamment à l'OPS d'accélérer son programme pour la participation des pays dans la Communauté des Caraïbes (CARICOM) et le Forum des Caraïbes (CARIFORUM), tout en lançant un appel aux pays des Caraïbes à y participer activement.

47. On a souligné que les causes de la pénurie de ressources humaines dans la santé auxquels se heurtaient de nombreux pays étaient complexes, avaient des racines historiques, et dépassaient largement les frontières nationales. Répondre à la demande croissante et changeante en services de soins de santé avec des prestataires de soins de santé qualifiés, motivés et en bonne santé était une tâche d'une ampleur considérable. Tous les pays avaient des difficultés à recruter et conserver des professionnels de la santé à tous les niveaux, alors même que les systèmes de santé devenaient de plus en plus complexes et que les environnements nationaux et internationaux convergeaient en termes de priorités et de défis, ce qui exigeait une palette très variée de compétences.

48. Les recommandations des délégués relatives aux activités futures de l'Observatoire étaient notamment les suivantes : il devrait se concentrer sur l'élaboration de séries de données fondamentales valides et fiables qui permettraient d'effectuer des comparaisons entre les différentes juridictions et entre les différents pays ; il ne devrait pas s'agir d'une simple structure de recherche académique mais d'une ressource adaptée, actualisée, et pertinente pour les décideurs et les responsables de la politique générale ; il devrait intégrer ses activités avec celles en cours dans des structures parallèles, y compris l'OMS et l'Organisation pour la coopération et de développement économiques (OCDE), afin d'éviter de faire double emploi ; il devrait continuer à positionner les ressources humaines dans la santé non pas seulement comme étant « importantes pour le système de santé » mais comme le fondement même du système ; il devait tenir compte de l'évolution de la démographie, y compris la migration en provenance et à destination des pays de la Région ; et l'OPS pourrait offrir un service utile et avisé en organisant régulièrement des forums sur la politique de la santé réunissant ses États Membres pour discuter des questions intéressant l'ensemble des pays des Amériques telles que la migration et l'accréditation des professionnels de la santé.

49. Il a été suggéré que les priorités en termes de ressources humaines devraient inclure les projections des besoins des pays tant pour ce qui était du nombre que de la composition du personnel à tous les niveaux, y compris non seulement les médecins mais aussi le personnel infirmier, les dentistes, les pharmaciens, et d'autres professionnels de la santé. On a également jugé important d'identifier les compétences à la fois médicales et non médicales nécessaires et de formuler des programmes et concevoir des systèmes d'apprentissage pour s'assurer que ces compétences seraient bien disponibles. En outre, le personnel devait être encouragé à fournir des soins de qualité, et il devait posséder les compétences de gestion et de leadership nécessaires pour assurer la fourniture de ces soins.

50. S'agissant du document, tout en reconnaissant que la mobilité accrue des ressources humaines de la santé dans l'ensemble de la Région et du monde donnait lieu à de nouveaux défis, on a regretté que le document n'ait pas fait mention des aspects positifs de la mondialisation, tels que de plus grandes possibilités de coopération technique, la technologie ouvrant la porte à un accroissement des connaissances à tous les niveaux de la société, et de meilleures opportunités sur le plan éducatif, y compris des échanges et le télé-enseignement. On a estimé également que l'initiative Observatoire, telle que décrite dans le document, n'avait pas de stratégie d'évaluation définie. Ce type d'initiatives étaient assorties d'une plus grande responsabilisation si des objectifs mesurables étaient inclus de telle sorte qu'il soit possible d'opérer un suivi des progrès, d'identifier les faiblesses et d'y remédier dans les meilleurs délais. En outre, il a été suggéré que les informations sur les ressources humaines et financières de l'OPS qui avaient été investies dans l'initiative, par rapport aux résultats obtenus, devraient figurer dans le document.

51. On a souligné que l'on estimait de plus en plus qu'une vaste gamme de secteurs, s'étendant bien au-delà du secteur de la santé traditionnel, avaient un rôle à jouer sur le plan des questions de santé. L'impact des communications, de l'éthique, du système d'éducation, et d'autres domaines encore se faisait sentir sur la santé. Le secteur de l'éducation, en particulier, jouait un rôle crucial qui déterminerait dans une grande mesure la quantité et la qualité des ressources humaines dans la santé publique.

52. Le Docteur Godue a remercié les participants pour leurs commentaires très utiles et stimulants. Il s'est déclaré d'accord sur la nécessité de disposer d'une série de données fondamentales solide, en faisant remarquer que, dans l'idéal, ces données devraient permettre d'établir des comparaisons entre les pays. Ce serait extrêmement positif, mais la mise en œuvre d'un système de ce type présentait de grandes difficultés. Il était également d'accord à la fois sur le fait que la participation des institutions éducatives était importante et, dans le même temps, sur le fait que l'Observatoire ne devait pas devenir une tour d'ivoire purement académique. Au contraire, il devait être un mécanisme à l'appui du processus décisionnel et de la formulation des politiques

générales. À cette fin, il était de la plus haute importance de travailler avec d'autres organisations. L'Observatoire entretenait des relations étroites avec les départements des ressources humaines à l'OMS et avec l'Organisation internationale du travail.

53. Pour ce qui est des avantages de la mondialisation en termes de partage de l'information et d'éducation, il a souligné que l'OPS envisageait tout un éventail de modalités de formation, y compris des cours virtuels en ligne. L'intention était de générer une communauté d'idées, où il serait possible de partager les pratiques optimales. S'agissant des commentaires sur les projections des besoins, il a déclaré que l'un des buts de l'initiative Observatoire consistait à faire participer les institutions éducatives au processus effectif de la planification des ressources humaines pour l'avenir, tant en termes de compétences que de paramètres démographiques. Rappelant qu'il avait décrit l'initiative Observatoire comme étant basée sur les pays, il a souligné que c'était à chaque pays qu'il incombait de décider de ses propres priorités spécifiques sur le plan des ressources humaines. Il était intéressant d'observer les différents déclencheurs pour le programme de l'Observatoire dans les différents pays. Il pouvait s'agir d'un conflit avec un syndicat, ou d'un problème de dotation en personnel dans un hôpital, ou d'un événement parmi bien d'autres qui générerait une grande discussion de questions plus vastes.

54. Il a salué la participation prochaine de la Barbade à l'Observatoire et a remercié le délégué pour sa suggestion intéressante sur le CARICOM et le CARIFORUM. En notant que la pénurie de personnel infirmier était un problème spécifique dans les Caraïbes, il a souligné que l'initiative actuelle relative à la migration du personnel infirmier dans cette sous-région était également une source d'enseignements sur la migration et sur le type de politiques qui permettrait de traiter de la question, pas nécessairement en vue d'empêcher la mobilité des infirmiers mais débouchant peut-être sur des options de politique générale telles qu'un accord sur la rémunération entre le pays de destination et le pays qui avait payé pour l'éducation et la formation du personnel infirmier.

55. Le Directeur souhaitait mettre l'accent sur trois points principaux relatifs aux ressources humaines. Premièrement, la question importante de la migration de la population active et son lien avec les accords commerciaux et avec l'assouplissement d'un grand nombre d'impératifs qui, par le passé, avaient limité le mouvement des ressources humaines entre les pays. Cet assouplissement des restrictions n'allait pas nécessairement de pair avec la protection des intérêts de la population, en particulier dans le cas des ressources humaines de la santé. Elle a mis l'accent sur diverses stratégies intéressantes en la matière sur la scène internationale. Par exemple, le Commonwealth avait un code de comportement éthique (auquel l'OPS avait contribué) qui devait être suivi lorsqu'un pays embauchait du personnel médical d'un autre pays.

56. Il était clair que la question de la santé ne pouvait pas être appréhendée uniquement du point de vue des règles du marché. Des politiques étaient nécessaires pour garantir la protection de la santé de la population, notamment dans les pays qui étaient des « exportateurs » de professionnels de la santé. Dans la Région, dans certains cas de nouvelles installations de santé, telles que des maternités, étaient construites ou modernisées mais il était impossible, par la suite, de trouver du personnel pour les faire fonctionner car ils avaient tous émigré dans d'autres pays qui proposaient de meilleures conditions de travail et de rémunération. Certains pays ne planifiaient pas à l'avance les profils du personnel de santé dont ils auraient besoin, et lorsqu'ils s'apercevaient qu'il y avait un manque de personnel, ils optaient simplement pour la solution de facilité consistant à offrir une rémunération plus élevée. En l'occurrence, il était clair que des politiques dépassant les frontières nationales étaient nécessaires. À cet égard, au cours des prochains mois aurait lieu une conférence internationale sur deux questions liées : la migration des professionnels de la santé et la santé des migrants, devant être organisée par l'Organisation internationale du travail et l'Organisation internationale pour les migrations, avec la participation de l'OPS.

57. Deuxièmement, on pourrait présenter des arguments à l'appui de la présentation de la question de l'initiative Observatoire non seulement au niveau national mais aussi infrarégional, comme l'avait suggéré la Barbade dans le cas du CARICOM. Le moment présent était tout à fait propice pour adopter une perspective plus vaste pour l'ensemble des Caraïbes en matière d'accréditations, de profils et de reconnaissance réciproque des qualifications. Cette question avait également été soulevée en Amérique centrale, dans la Région des Andes et dans le MERCOSUR, et des analyses préliminaires avaient été entreprises sur l'impact de frontières plus ouvertes sur le processus d'accréditation et la liberté d'exercer des professions médicales.

58. Son troisième point avait trait à l'expansion du champ d'action de l'Observatoire à d'autres questions qui n'étaient pas actuellement couvertes, telles que la formation aux sensibilités culturelles, nécessaire en particulier dans les pays d'Amérique centrale et les pays andins. Dans ces pays, il était important que les professionnels de la santé connaissent au moins une des langues autochtones de la population auxquels ils offraient leurs services. Une sensibilité similaire pour les différences hommes/femmes était aussi nécessaire. Il s'agissait d'expressions de la démarche basée sur l'équité pour les questions de santé prônée par l'OPS. D'autres questions qui pourraient mériter d'être examinées étaient la formation des techniciens de la santé — sachant qu'un certain nombre de collèges techniques semblaient fermer leurs portes — et le travail bénévole invisible des femmes dans la santé. Sur ce dernier point, l'Observatoire pourrait contribuer à déterminer l'impact du travail bénévole sur les opportunités limitées des femmes à jouer un rôle actif dans le développement de leurs pays.

Accès aux médicaments (document SPP38/6)

59. Le Docteur James Fitzgerald (Conseiller régional, Systèmes de gestion des fournitures de santé, OPS) a expliqué que le concept des fournitures de santé publique essentielles s'inscrivait dans la lignée de celui des médicaments essentiels, et avait trait spécifiquement aux produits pharmaceutiques et aux fournitures médicales qui étaient nécessaires pour atteindre les objectifs énoncés dans les programmes de santé publique prioritaires, dont l'utilisation rationnelle avait une incidence directe sur la prévention et le contrôle des maladies. Plusieurs pays de la Région avaient mis en place des départements spécifiques au sein des ministères de la santé pour promouvoir le caractère équitable de l'accès aux fournitures essentielles de santé publique et leur réglementation. Ceux-ci étaient responsables de l'élaboration et de l'examen de listes de base de médicaments essentiels et d'autres fournitures critiques dont avaient besoin les programmes et services de santé publique prioritaires.

60. Le débat actuel sur l'accès aux fournitures de santé publique essentielles se poursuivait à tous les niveaux de la société dans l'ensemble des Amériques, alimenté par la question de savoir comment parvenir à un accès équitable aux biens publics essentiels qui étaient nécessaires pour sauver des vies et les améliorer, en particulier celles des pauvres et des personnes marginalisées. Pour répondre à cette question, l'OPS était guidée par les Objectifs de développement pour le Millénaire numéro 4 (réduire la mortalité juvénile), 6 (lutte contre le VIH/SIDA, le paludisme et d'autres maladies), et 8 (en particulier la cible 17 : fournir un accès à des médicaments essentiels à un prix abordable dans les pays en développement).

61. Le cadre conceptuel pour présenter les éléments déterminant de l'accès pourrait être considéré sous plusieurs angles, mais quel que soit le modèle choisi, l'accès aux fournitures essentielles de santé publique serait fonction des choix effectués lors du processus de sélection, des prix et facteurs ayant une incidence sur la tarification, de la gestion des fournitures de produits de base, de la disponibilité de financements adéquats, et du système de financement en question. Toutefois, il ne s'agissait pas là des seuls facteurs : très souvent les options disponibles et les décisions devant être prises dans ces domaines étaient guidées et orientées par des options et décisions ailleurs, par exemple dans la formulation des politiques à suivre, la réglementation du secteur, les normes de qualité, et l'utilisation rationnelle des produits. Il convenait aussi de tenir compte de l'incidence des économies mondiale, régionales et nationales, qui avaient une influence sur le montant des ressources qui pouvaient être affectées à la question de l'accès inéquitable aux fournitures de santé publique, et des conditions du marché, qui pouvaient avoir un impact sur l'offre de produits disponibles sur un marché donné.

62. Les orientations stratégiques présentées dans le cadre de la politique en matière de médicaments de l'OMS pour 2004–2007 comprenaient quatre domaines principaux : la politique générale, la qualité et la sécurité, l'accès, et l'utilisation rationnelle. En adaptant les éléments de la politique proposée par l'OMS au contexte régional, le document SPP38/6 proposait la formulation de quatre grandes lignes d'activités : la promotion d'une politique de médicaments génériques cohérente afin d'accroître la disponibilité et l'utilisation de médicaments essentiels de qualité ; la formulation de stratégies de restriction des coûts pour les fournitures essentielles de santé publique, en se concentrant sur les domaines de la tarification et de la propriété intellectuelle ; le renforcement des systèmes de fourniture des produits de base de la santé publique afin d'assurer la continuité et la disponibilité ; et la mise en place de mécanismes régionaux groupés de passation de marché comme option viable pour assurer l'offre de fournitures essentielles de santé publique à faible coût.

63. La stratégie proposée tirerait parti du principal avantage des médicaments génériques, à savoir leur rapport coût-efficacité dans la fourniture de soins de santé. Toutefois, la formulation d'une politique cohérente des médicaments génériques n'était pas sans présenter des défis. Il convenait de parvenir à un consensus sur ce qu'on entendait par « générique », et cette définition devait être inscrite dans la législation et les réglementations appropriées. En outre, des systèmes d'assurance de qualité efficaces devraient être en place en vue de garantir que les normes étaient conformes aux impératifs énoncés dans la législation nationale et que les autorités nationales disposaient des outils appropriés pour évaluer la qualité des produits. Il serait aussi nécessaire de s'assurer que les fabricants respectaient de bonnes pratiques de fabrication et que les grossistes garantissaient que rien ne nuisait à la qualité des produits au sein de la chaîne d'approvisionnement.

64. L'acceptation par le public des médicaments génériques, qui demeurerait à la clé de la réussite de la politique, ne serait possible que par l'entremise de partenariats entre les secteurs public et privé. Par exemple, les gouvernements pourraient définir un cadre de mesures d'incitations économiques pour la fabrication, l'enregistrement, la prescription, et l'utilisation rationnelle des médicaments génériques. Dans le cadre du soutien qu'elle apporte aux pays par l'entremise du Réseau panaméricain pour l'harmonisation réglementaire des médicaments (PANDHR), l'OPS était bien placée pour les conseiller sur la réglementation des médicaments génériques. Le travail effectué par le truchement du réseau pourrait être complété par des échanges entre les pays et la formulation et la mise en œuvre de politiques en mettant l'accent sur l'acceptation et les mesures d'encouragement pour promouvoir leur utilisation rationnelle.

65. L'expression « restriction des coûts » était relativement nouvelle et était généralement appliquée à des processus bien établis. De nombreuses études avaient montré que la façon la plus efficace de réduire le coût des médicaments et des fournitures

de santé publique consistait à accroître le nombre d'options disponibles en termes de sources. Il était important que les personnes participant à la réglementation et à l'acquisition des produits aient des informations adéquates sur les facteurs régissant la concurrence et une bonne compréhension des facteurs ayant une incidence sur le prix.

66. S'agissant de la troisième ligne d'action proposée, on disposait de peu d'informations sur les caractéristiques, les atouts et les faiblesses des systèmes de gestion actuels de l'approvisionnement dans les pays de la Région. Il était nécessaire de faire un relevé de ces systèmes et de les évaluer, ainsi que d'examiner les enseignements qui ont été tirés dans le cadre de l'élaboration de systèmes centralisés ou décentralisés. Cette nécessité était devenue d'autant plus manifeste compte tenu de l'accent accru accordé à la gestion de l'approvisionnement en produits de base par les sources de financement telles que le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme. Dans le cadre des systèmes de gestion de l'approvisionnement, les mécanismes de passation de marché pour les fournitures essentielles de santé publique constituaient un domaine particulièrement important. Du fait que de multiples acteurs apportaient des ressources dans la Région, il était essentiel de continuer à mettre l'accent sur les pays, en établissant des priorités en fonction des besoins du pays plutôt que des obligations de l'organisme de financement. Les principes de qualification préalable des fournisseurs devraient être encouragés afin de faciliter l'acquisition et l'enregistrement des produits.

67. En examinant les options d'achats groupés, il serait important de tenir compte de l'expérience du Fonds renouvelable de l'OPS pour l'acquisition de vaccins, en appliquant les enseignements de cette expérience à l'élaboration d'autres mécanismes de passation de marchés. Le Fonds renouvelable avait été capitalisé initialement, en 1979, à 1 million de dollars,¹ 19 pays y participant, pour l'achat de cinq vaccins. Les chiffres correspondants aujourd'hui étaient de 24 millions de dollars, 35 pays et 12 vaccins, et le Fonds avait largement contribué à la réalisation des objectifs prioritaires dans le domaine de l'immunisation dans les Amériques en appuyant les pays pour l'achat, l'approvisionnement et l'utilisation de produits de base. Une autre option pour les achats groupés était le Fonds stratégique de l'OPS, qui avait été établi pour aider les pays pour l'achat de produits contre le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme. Onze pays avaient signé des accords de participation avec le Fonds, mais il n'avait été utilisé que dans quelques pays à ce jour. Le Fonds pourrait devenir un instrument efficace pour assurer la continuité de l'approvisionnement en produits de santé publique et renforcer la capacité pour la gestion de l'approvisionnement, mais pour que cela soit possible, il serait nécessaire de réaffirmer l'engagement politique, de réorienter le train de mesures de coopération technique à l'appui du Fonds, de réviser les procédures administratives

¹ Sauf indication contraire, tous les montants indiqués dans le présent rapport sont exprimés en dollars des États-Unis.

réglissant les aspects opérationnels, et de mettre en place des lignes de communication avec les pays.

68. Les orientations stratégiques énoncées dans le document étaient proposées en tant que domaines clés des activités futures qui visaient à compléter les programmes existants. Du fait que, de par leur nature, ces activités recouvrent divers programmes, elles utiliseraient des ressources existant dans diverses sections du Secrétariat, en particulier les unités travaillant sur le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme. Un soutien supplémentaire proviendrait des connaissances et de l'expérience des pays, ainsi que de la capacité et de l'expérience des centres collaborant dans la région. Les lignes d'action proposées seraient analysées plus avant et affinées par un groupe de travail, qui se réunirait probablement au Siège de l'OPS à Washington en mai 2004, avec une contribution des bureaux nationaux de l'OPS/OMS et d'autres partenaires extérieurs clés.

69. Le Sous-Comité a remercié le Secrétariat pour le rapport et a appuyé fermement les quatre grandes lignes d'action proposées. S'agissant des médicaments génériques, il a été décidé qu'il était nécessaire de poursuivre le débat théorique, en s'efforçant de parvenir à un consensus parmi les pays sur ce qui constituait des médicaments génériques et les différentes écoles de pensée sur le meilleur moyen de promouvoir l'accès à ces médicaments. Il convenait aussi de prêter attention à l'incidence des accords commerciaux multilatéraux et bilatéraux sur l'accès aux médicaments, en particulier aux nouveaux médicaments tels que les antirétroviraux. Il serait également utile d'examiner la question de savoir si le développement de médicaments génériques pourrait avoir un impact sur la mise au point de nouveaux médicaments. On a estimé que la question de la qualité des médicaments était très importante, et que cette question devait être étudiée plus avant. Étant donné que la réglementation par les pouvoirs publics des médicaments génériques était essentielle pour rassurer le public quant à leur utilisation, le Sous-Comité se réjouissait de constater que l'OPS était disposée à apporter son soutien aux pays pour définir les règles fondamentales qui déboucheraient sur l'acceptation de ces médicaments par le public.

70. Dans le domaine des stratégies de restriction des coûts, l'OPS a été invitée instamment à donner son avis de façon objective et basée sur des données, et à tenir compte des études en cours ainsi que des divers modèles. On a souligné que l'OMS avait récemment entamé une étude sur la tarification des médicaments, et on espérait que l'OPS tirerait parti de cette étude. Une délégation a suggéré que des contrôles des prix rigides n'étaient pas appropriés, dans la mesure où ils avaient souvent pour effet secondaire d'obliger les clients à payer plus que nécessaire pour les médicaments génériques. Une autre question soulevée à cet égard avait trait à la nécessité de réglementer les pharmacies afin de s'assurer que les économies sur les coûts que pourraient réaliser les pouvoirs publics au niveau de la vente en gros n'étaient pas

absorbées au niveau de la vente au détail. L'OPS a été encouragée à fournir des conseils techniques et son soutien pour aider les pays à traiter de ce problème.

71. Le Sous-Comité a noté que de nombreux pays avaient besoin d'améliorer leurs processus de passation de marchés. C'était une tâche qui incombait à l'administration centrale, dans la mesure où l'acquisition de biens et services ne concernait pas seulement les ministères de la santé mais aussi d'autres secteurs, toutefois l'OPS pourrait apporter un soutien précieux. Dans le domaine du renforcement des systèmes d'approvisionnement et de distribution des produits de base, on a suggéré que les conditions de stockage et de transport ainsi que l'état des installations physiques devraient être ajoutés à la liste des points inclus dans l'examen de la gestion de la chaîne d'approvisionnement. Les pays avaient aussi besoin d'aide pour projeter leurs besoins, à la fois pour les médicaments et les fournitures non pharmaceutiques, parfois en situation de pénurie critique dans les Amériques.

72. Le Sous-Comité a salué les travaux du Fonds renouvelable pour l'acquisition de vaccins, mais a suggéré qu'avant d'envisager la création d'un autre fonds régional, il était essentiel de comprendre le coût et les méthodes de l'exploitation des deux fonds existants et de déterminer l'engagement en termes de ressources du Secrétariat dans leur gestion.

73. Divers membres du Sous-Comité ont fait part d'informations sur les problèmes relatifs à l'accès aux médicaments dans leurs pays ainsi que sur les initiatives entreprises soit pour promouvoir l'utilisation de médicaments génériques soit pour améliorer l'accès à ces médicaments. Certains ont également donné des détails sur les systèmes réglementaires régissant l'approvisionnement en médicaments génériques des marchés de leurs pays, et proposé de communiquer ces informations au Secrétariat et aux autres États Membres.

74. Le Docteur Fitzgerald a remercié les délégués pour leurs commentaires, en les assurant que les points intéressants soulevés seraient pris en compte par le groupe de travail au moment d'affiner la stratégie de l'OPS sur le plan de la coopération technique dans ce domaine. En particulier, il a remercié les divers pays qui avaient proposé de faire part de leur expérience. Il s'est déclaré d'accord sur le fait que l'achat des fournitures était une question cruciale, et a noté que les divers pays participant aux propositions du Fonds mondial pourraient bénéficier du soutien technique dans ce domaine. Le fait de conjuguer les besoins de plusieurs pays permettrait de réaliser d'importantes économies d'échelle. Il a également ajouté qu'il n'était pas proposé de créer un nouveau fonds d'acquisition, mais de redynamiser le Fonds stratégique, en réexaminant sa dynamique, en réorientant son train de mesures de coopération technique, en traitant de certaines questions administratives, et de tirer les enseignements de l'expérience du Fonds de vaccins. On avait pour intention de créer un outil de coopération technique qui aiderait les pays à

élaborer des plans d'acquisition pour leurs propositions du Fonds mondial et à renforcer leur capacité nationale dans le domaine de la gestion de l'approvisionnement.

75. D'accord sur le fait que la stratégie de restriction des coûts devrait reposer sur des éléments de preuve, il a expliqué que le travail qui les attendait consistait à déterminer exactement quels éléments de preuve étaient disponibles par rapport à des ressources spécifiques ou à des catégories de médicaments particulières, et à déterminer si des approches différentes seraient nécessaires dans des situations différentes. S'agissant des médicaments génériques, il estimait que les médicaments génériques et brevetés ne s'excluaient pas mutuellement. Les activités de recherche et développement étaient extrêmement importantes pour le traitement et la prévention des maladies, et il était possible d'aller de l'avant à la fois sur le plan de la mise au point de nouveaux médicaments brevetés et sur celui de la fabrication de médicaments génériques. Enfin, il a confirmé que l'aide apportée dans le domaine de la réglementation des pharmacies constituerait un élément important du travail de l'OPS sur la gestion de la chaîne d'approvisionnement, l'objectif étant d'aider les pays à s'assurer que toute économie réalisée plus tôt dans le processus n'avait pas été annulée au point d'aboutissement.

76. Le Directeur a confirmé que l'on ne cherchait pas à développer un nouveau système d'acquisition. En effet, l'OPS disposait déjà de trois systèmes d'acquisition : le Système général, le Fonds renouvelable pour l'acquisition des vaccins, et le Fonds renouvelable pour les fournitures stratégiques de santé publique, également appelé le Fonds stratégique. Qui plus est, d'autres mécanismes d'acquisition étaient disponibles au niveau mondial pour appuyer les pays dans les négociations sur les médicaments et leur acquisition.

77. Dans la démarche que proposait l'OPS en vue d'améliorer l'accès aux médicaments, un concept absolument clé était la transparence, qui était cruciale afin de gagner la confiance et l'acceptation du public. Elle avait pu constater lors de ses visites dans les pays de la Région, par exemple, que la presse et le public étaient très méfiants vis à vis des médicaments génériques. C'était en vain qu'elle soulignait que les médicaments génériques représentaient 30 % du marché des médicaments aux États-Unis d'Amérique, ou 100 % des médicaments achetés par le secteur public en Suisse (sauf dans les cas où il n'existait pas de médicament générique pour une condition particulière), mais la méfiance persistait et les médicaments génériques étaient considérés comme des médicaments de deuxième classe écoulés dans les pays pauvres. Souvent, cette méfiance était liée au manque de transparence dans les passations de marchés publics.

78. C'était pourquoi une plus grande transparence était nécessaire, de sorte que le public puisse être informé de ce que les pouvoirs publics achètent, et pourquoi. La transparence était tout aussi importante dans le processus de prescription et dans les

relations prestataires-patients, afin que toutes les personnes concernées aient suffisamment d'informations pour utiliser rationnellement les produits. Le manque de connaissances de la population sur les médicaments a également encouragé la contrefaçon et d'autres phénomènes non désirables. À cet égard, elle était d'accord pour dire que dans certains cas au sein de la Région, les pharmacies étaient le maillon le plus faible de la chaîne d'approvisionnement, certaines d'entre elles vendaient même des médicaments frauduleux. Ces questions étaient traitées par le Réseau panaméricain pour l'harmonisation réglementaire des médicaments, dont l'OPS était le Secrétariat.

79. Elle était très heureuse que le Sous-Comité ait avalisé la démarche proposée par le Secrétariat et qu'il ait été d'accord sur le fait qu'il était nécessaire de se concentrer sur l'accroissement de l'accès aux médicaments. S'agissant du groupe de travail auquel le Docteur Fitzgerald avait fait référence, elle a précisé qu'il s'agissait d'un groupe interne, et non d'une instance de consultation régionale. Il évaluerait la situation actuelle dans la Région et s'efforcerait d'identifier les atouts et les faiblesses de l'OPS dans ce domaine, y compris la disponibilité de ressources humaines, afin de permettre à l'Organisation de mieux aider les pays à accroître l'accès aux médicaments et aux autres fournitures de santé publique.

Renforcement des systèmes de santé pour une réponse intégrée au VIH/SIDA (document SPP38/7)

80. Le Docteur Carol Vlassof (Chef de l'Unité VIH/SIDA, OPS) a présenté un rapport au Sous-Comité sur les efforts de l'OPS visant à accélérer et à améliorer la réponse face à l'épidémie de VIH/SIDA dans la Région. Elle a commencé par présenter des statistiques sur l'ampleur et les tendances de l'épidémie en Amérique latine et dans les Caraïbes, en notant que cette dernière sous-région se situait au deuxième rang mondial en termes de prévalence et que les taux de prévalence avaient également augmenté régulièrement dans certaines régions d'Amérique latine, en particulier en Amérique centrale. En dépit des défis auxquels était confrontée la Région, toutefois, il existait de nombreuses opportunités d'apporter une réponse mieux adaptée, claire et ciblée. Des interventions ayant fait leurs preuves contre le VIH/SIDA existaient maintenant, à la fois dans le domaine de la prévention et dans celui du traitement, et la disponibilité croissante de la thérapie antirétrovirale (ARV) ainsi que les prix plus bas négociés dans la Région en 2003 ont fait du traitement universel un objectif réalisable.

81. La mise en place du Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, les deux sessions spéciales de l'Assemblée générale des Nations Unies consacrées au VIH/SIDA, et l'adoption des Objectifs de développement pour le Millénaire avaient contribué à galvaniser un engagement politique et financier accru au niveau mondial. Au niveau régional, en juin 2003, l'OPS était devenue le fer de lance d'une coopération accrue parmi les institutions régionales co-parrainant le Programme

commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (UNAIDS), en prenant l'initiative de la tenue de réunions régulières des directeurs régionaux de ces institutions. L'initiative « 3 millions d'ici 2005 », lancée par le Directeur général de l'OMS et avalisée par l'OPS, offrait une autre occasion de renforcer la réponse face au VIH/SIDA dans la Région. Dans le monde entier, elle visait à apporter la thérapie ARV à 3 millions de personnes vivant avec le VIH/SIDA (PLWHA) dans le monde en développement d'ici la fin de 2005. Dans la Région, l'objectif que les Chefs d'État et de Gouvernement ont fait leur lors du Sommet spécial des Amériques qui s'était tenu récemment à Monterrey (Mexique), consistait à faciliter le traitement d'au moins 600 000 personnes d'ici 2005.

82. L'OPS avait pris plusieurs mesures pour faire progresser l'initiative « 3 millions d'ici 2005 », dans la Région. Elle avait constitué un groupe central interne ainsi qu'un groupe d'étude comprenant le groupe central, d'autres membres du personnel de l'OPS, et des représentants de pays et d'ONG. Le groupe d'étude sur l'initiative « 3 millions d'ici 2005 » s'était réuni à Washington en janvier 2004 et s'était mis d'accord sur l'objectif suivant pour l'OPS : travailler en partenariat avec les États Membres en vue de permettre la plus grande contribution possible au service de la survie et de la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH/SIDA dans la Région, tout en progressant vers l'objectif ultime d'accès universel aux antirétroviraux pour ceux qui en avaient besoin, en tant que droit de la personne, comme méthode de prévention efficace, et à titre de mesure contre la discrimination pour ceux qui vivent avec le VIH et le SIDA. Le Groupe d'étude avait aussi défini des orientations stratégiques, des mesures et des indicateurs, qui pouvaient être consultés sur le site Web de l'OPS. Le Secrétariat s'efforçait actuellement de transformer ces stratégies en mesures concrètes dans les sous-régions et les pays prioritaires, et le Budget biennal du programme de l'OPS avait été ajusté et réorienté en conséquence. L'Unité VIH/SIDA au Siège et d'autres unités de l'OPS, à la fois à Washington et dans les pays se partageraient la responsabilité de la mise en œuvre des orientations stratégiques. Le budget avait également été ajusté en vue de permettre des missions et activités conjointes.

83. Le nombre de personnes ne recevant pas de traitement était estimé à 174 000 en Amérique latine et dans les Caraïbes, mais cette estimations était en cours d'actualisation afin de mener à bien une analyse plus récente de la situation, qui fournirait des données de référence pour le suivi de l'Initiative dans la Région. Les pays avaient été classés par ordre de priorité en fonction de la prévalence du VIH et de la couverture de la thérapie ARV. Les pays ayant une forte prévalence et une faible couverture se voyaient accorder la plus haute priorité, dans la mesure où il était clair que des mesures urgentes étaient nécessaires dans ces pays afin de combler le manque de traitement, mais ceux qui avaient une faible prévalence et une faible couverture constituaient aussi une priorité car ils présentaient le potentiel d'une stratégie globale de prévention et de traitement, ce qui

permettrait d'éviter les lourds fardeaux de l'infection à l'avenir. Les Caraïbes et l'Amérique centrale étaient les sous-régions ayant la plus haute priorité.

84. Heureusement, les ressources pour la thérapie ARV étaient maintenant de plus en plus disponibles dans la plupart des pays prioritaires, et l'OPS pourrait jouer un rôle important sur le plan de la coordination des efforts en vue de maximiser ces ressources. Compte tenu de l'augmentation des ressources, l'initiative « 3 millions d'ici 2005 » était le moteur qui faisait avancer le système de santé. Il existait des lacunes claires que l'OPS pourrait contribuer à combler afin de renforcer les systèmes de santé, y compris les services de laboratoire, l'acquisition et le suivi de la qualité des médicaments et des produits de base, le renforcement des capacités pour la recherche volontaire et les services de conseil, la prévention de la transmission mère/enfant, la fourniture de soins et de traitements pour les infections transmises sexuellement et le SIDA, et la communication d'informations stratégiques, le suivi et l'évaluation.

85. S'agissant du financement disponible au sein de l'OPS et à l'extérieur pour les activités liées au VIH/SIDA, les fonds du budget ordinaires pour l'Unité VIH/SIDA avaient augmenté de 44 % dans le cadre du budget biennal du programme pour 2004-2005 par rapport à celui de la période 2002-2003, mais les financements extrabudgétaires avaient baissé de 31 %, ce qui avait fait tomber le montant total de financement actuellement disponible de 2 771 783 dollars à 2 192 379 dollars. Les fonds extrabudgétaires devraient toutefois augmenter plus tard au cours de la période couverte. Lever des financements pour l'initiative « 3 millions d'ici 2005 » au niveau régional était une priorité, et plusieurs propositions étaient en cours de formulation. Les ressources de l'OMS avaient été limitées, mais un financement venait d'être débloqué pour un coordinateur « 3 millions d'ici 2005 » au niveau régional ainsi que pour un coordinateur pour Haïti. Des ressources supplémentaires pour le Guyana étaient prévues pour la seconde vague de pays, mais il convenait de reconnaître qu'il était peu probable que le soutien apporté par l'OMS à la Région soit suffisant pour lui permettre d'atteindre ses objectifs. Les ressources humaines au niveau régional étaient également limitées, avec quatre cadres uniquement, dont l'un nommé conjointement par l'OPS et UNAIDS. Afin de compenser le petit nombre de membres du personnel, l'Unité faisait appel aux contributions d'autres membres de l'équipe centrale et collaborait avec d'autres partenaires, à la fois au niveau régional et dans les pays. En outre, la nomination du coordinateur « 3 millions d'ici 2005 » viendrait combler un vide important au sein de l'Unité.

86. On supposait que l'incidence des activités « 3 millions d'ici 2005 » sur les groupes vulnérables serait considérable. Par exemple, une aide serait apportée aux femmes et aux enfants au moyen de la prévention de la transmission mère-enfant, d'une formation aux services de conseil sensibles aux différences hommes-femmes et à la situation des jeunes et de tests dans le cadre d'une collaboration entre l'Unité VIH/SIDA

et l'Unité pour la santé des enfants et des adolescents, ainsi que par l'entremise d'un projet de nutrition pour les enfants touchés par le VIH/SIDA, devant être mené conjointement par l'Unité VIH/SIDA et l'Unité pour la nutrition. Qui plus est, des discussions étaient en cours avec des compagnies pharmaceutiques en vue de fournir la thérapie ARV gratuitement aux populations les plus désavantagées dans les pays de la Région.

87. Le Sous-Comité a été invité à faire part de son avis sur la stratégie proposée et à formuler des suggestions sur le rôle de l'OPS dans le renforcement des systèmes de santé pour une réponse intégrée face au VIH/SIDA.

88. Le Sous-Comité a félicité l'OPS pour les efforts qu'elle déployait en vue de renforcer la réponse face au VIH/SIDA par l'entremise de l'Initiative « 3 millions d'ici 2005 » et a avalisé les stratégies présentées dans le document. Les délégués ont appuyé, en particulier, l'accent mis par l'Organisation sur la mise en œuvre de l'initiative « 3 millions d'ici 2005 » dans le cadre des efforts plus vastes destinés à renforcer les systèmes de santé ; le fait qu'elle s'efforce de promouvoir une réponse globale et intégrée comprenant la prévention, le traitement, et les soins, et qu'elle inclue une perspective sur les droits de la personne et prête attention au problème de la stigmatisation et de la discrimination à l'encontre des personnes vivant avec le VIH/SIDA.

89. Le Sous-Comité était certes d'accord sur les stratégies proposées, mais plusieurs délégués ont estimé que l'accent devrait être mis davantage sur la prévention et les moyens d'éviter les comportements à risque. Bien que l'on ait estimé qu'il était extrêmement important de réaliser l'objectif consistant à fournir un traitement à 600 000 personnes vivant avec le VIH/SIDA d'ici 2005, on a aussi souligné que la prévention demeurait une stratégie cruciale dans la lutte contre le VIH/SIDA. On a également noté qu'une plus grande disponibilité de la thérapie ARV pourrait entraîner un certain laxisme de la population sur le plan de la prévention et des possibilités d'éviter les risques, et il a donc été jugé essentiel de continuer à promouvoir une modification des comportements et à encourager des comportements sains, tels que l'abstinence sexuelle chez les jeunes, la fidélité pour les personnes mariées et celles qui avaient des relations durables, et l'utilisation correcte et régulière des préservatifs dans les groupes à haut risque. Il a été souligné qu'il était important que les efforts de prévention ciblent les jeunes. À cet égard, on a souligné que les secteurs de l'éducation et des communications de masse présentaient un potentiel énorme pour atteindre les jeunes, mais qu'ils n'étaient pas suffisamment utilisés dans le cadre des efforts de prévention du VIH/SIDA. L'OPS a été encouragée à tirer parti de son prestige et de son influence dans la Région afin de favoriser une plus grande participation de ces secteurs.

90. On a souligné qu'un grand défi sur le plan de la consolidation du système de santé consistait à renforcer la capacité des systèmes à identifier et atteindre les personnes ayant besoin de médicaments ARV. Dans certains pays, bien que les ressources du Fonds mondial et autres aient permis d'offrir un traitement à un nombre beaucoup plus élevé de personnes vivant avec le VIH/SIDA, le système n'était pas capable de rechercher les personnes actuellement exclues du traitement. Un autre défi tenait au fait que la pression pour répondre à la demande en services VIH/SIDA obérait la capacité des systèmes de santé à répondre à d'autres problèmes de santé tout aussi importants.

91. Le Sous-Comité a souligné l'importance de la collaboration entre les pays, et plusieurs Membres ont proposé de partager leurs ressources et compétences techniques avec d'autres pays de la Région. La Déléguée du Brésil a noté que son pays collaborait avec la Bolivie, l'Équateur et le Pérou dans le cadre d'un projet de prévention du VIH/SIDA très efficace auquel l'OPS avait apporté son soutien. Le pays collaborait aussi au sein du groupe de coopération technique horizontale de l'Amérique latine et des Caraïbes, pour une base de données sur les prix des médicaments ARV, qui constituait un outil important pour réduire les prix des médicaments. Le groupe a aussi demandé le soutien de l'OPS pour cette initiative. Le Délégué de la Barbade, soulignant le souhait de son pays de partager ses installations et ses connaissances avec d'autres pays et d'apprendre les leçons de leurs expériences, a exprimé sa surprise que l'exemple formidable de la Barbade dans le domaine de la prévention du VIH/SIDA, des soins et du traitement n'ait pas été mentionné dans le document. Dès le début de l'épidémie, il y avait eu un fort soutien politique pour la prévention et le contrôle du VIH/SIDA à la Barbade, comme en témoignait la création d'une commission VIH/SIDA sous la direction directe du Premier Ministre. Depuis juillet 2002, la réponse face à la maladie avait été renforcée, avec des résultats exceptionnels, y compris une baisse significative de la morbidité et de la mortalité et une baisse du nombre des admissions à l'hôpital liées au VIH/SIDA ainsi qu'une réduction de la durée des séjours hospitaliers.

92. Les délégués ont aussi souligné la nécessité d'une collaboration entre les pays afin de renforcer la prévention et le contrôle du VIH/SIDA dans les zones frontalières. Par ailleurs, l'Observateur pour le Mexique a indiqué que dans le cadre du Plan Puebla-Panamá, son pays ainsi que Belize, le Costa Rica, El Salvador, le Guatemala, le Honduras, le Nicaragua et le Panama, soumettraient prochainement pour financement auprès du Fonds mondial un projet sur le VIH/SIDA parmi les populations mobiles.

93. L'OPS a été invitée instamment à continuer d'aider les pays à formuler des propositions à soumettre au Fonds mondial et de tirer parti de son influence pour faire baisser le prix des médicaments ARV, qui étaient encore inabordables pour bon nombre dans la Région. S'agissant du Fonds mondial, les délégués ont regretté que, en application des critères actuels d'admissibilité, de nombreux pays à revenu intermédiaire et à revenu intermédiaire de la tranche supérieure n'avaient pas pu se prévaloir de

l'assistance du Fonds. Le Délégué des États-Unis a noté que son pays avait œuvré et continuerait de le faire, en vue de modifier les critères d'admissibilité afin que tous les pays d'Amérique latine et des Caraïbes puissent bénéficier de l'aide du Fonds mondial. Il a remercié le Secrétariat pour le soutien apporté dans ce domaine.

94. Les États-Unis appréciaient le travail de l'OPS en vue de promouvoir des régimes de traitement simplifiés, des outils normalisés, des protocoles pour les services de conseil et tests, et l'utilisation d'une co-formulation à dose fixe sûre et efficace, de haute qualité afin de fournir la thérapie plus efficacement et en favoriser la prise régulière par les patients. À cet égard, le Délégué a annoncé que les États-Unis, de pair avec l'OMS, l'ONUSIDA, et la Communauté pour le développement de l'Afrique australe (SADCC), organiseraient une conférence technique, qui se tiendrait au Botswana la semaine suivante, sur les co-formulations à dose fixe pour le SIDA, la tuberculose, et le paludisme. Il était heureux qu'un certain nombre de pays des Amériques participent à cet événement.

95. En réponse aux commentaires du Sous-Comité, le Docteur Vlassof a précisé que les chiffres du budget qu'elle avait présentés plus tôt incluaient seulement les montants affectés à l'Unité VIH/SIDA ; ils ne reflétaient pas la totalité des ressources consacrées aux activités liées au VIH/SIDA dans l'ensemble de l'Organisation. Elle a reconnu que la Barbade constituait un formidable exemple qui pourrait bénéficier aux autres pays et a déclaré que les informations sur l'expérience de ce pays seraient incluses dans la prochaine version révisée du document. La base de données sur le prix des médicaments mentionnée par le Brésil avait également été fort utile, et même si l'OPS estimait que c'était aux pays qu'incombait le rôle de négocier leurs propres prix, l'Organisation pouvait certainement contribuer au processus en facilitant l'accès à l'information sur les prix obtenue par d'autres pays.

96. S'agissant de la prévention, l'OPS était certainement consciente de son importance, mais l'Unité VIH/SIDA était une petite unité devait faire face à de nombreuses demandes. L'Unité estimait que son rôle en matière de prévention consistait à aider à renforcer et élargir la capacité de prévention existant actuellement au sein des services de santé. Compte tenu de sa petite taille, l'Unité estimait qu'elle devait cibler ses activités et que l'Initiative « 3 millions d'ici 2005 » lui permettait de focaliser ses activités. Cela n'excluait toutefois pas la prévention. Par exemple, l'un des délégués avait mentionné l'importance du travail avec les écoles sur la prévention VIH/SIDA, ce que l'OPS s'efforçait d'encourager avec les institutions co-parrainant UNAIDS. L'Organisation cherchait aussi à améliorer sa collaboration avec l'Organisation internationale du travail, qui disposait d'un excellent modèle pour parvenir à une

meilleure protection sociale pour les personnes vivant avec le VIH et le SIDA sur le lieu de travail.

97. En ce qui concernait les jeunes, un projet sur la santé des enfants et des adolescents qui était en cours depuis plusieurs années était maintenant élargi afin d'inclure une stratégie de conseil par les pairs, avec une forte participation des jeunes. En ce qui concernait la communication et le rôle des médias dans les programmes de prévention VIH/SIDA, l'Unité avait joué un rôle important pour le renforcement des capacités dans ce domaine.

98. Elle n'avait pas beaucoup parlé du problème de la stigmatisation dans sa présentation, mais c'était en fait probablement le facteur le plus important pour que l'Initiative « 3 millions d'ici 2005 » soit couronnée de succès. Comme l'avait noté le Sous-Comité, du fait de la stigmatisation, il était extrêmement difficile d'atteindre les populations qui avaient besoin d'être traitées, et les ministères de la santé avaient déclaré à maintes reprises que c'était l'obstacle le plus important auquel ils se heurtaient dans la fourniture des antirétroviraux. L'OPS était bien consciente du problème et s'efforçait de trouver des moyens d'aider les services de santé à avoir une meilleure interface avec les personnes vivant avec le VIH/SIDA.

99. Enfin, le projet mentionné par le Mexique arrivait à point nommé. On savait que les populations mobiles constituaient un groupe extrêmement vulnérable, mais c'était aussi un groupe difficile à atteindre et à influencer en termes de changement de comportement. Elle souhaitait au groupe de pays participant à ce projet une grande réussite pour leur proposition au Fonds mondial.

100. Le Directeur a fait remarquer que bien que le document ait été intitulé « Renforcement des systèmes de santé en vue d'une réponse intégrée face au VIH/SIDA », on avait en fait peu parlé du renforcement des systèmes de santé. Au lieu de cela, la présentation tout comme la discussion s'étaient centrées principalement autour de la façon de mettre en œuvre l'Initiative « 3 millions d'ici 2005 » dans les Amériques et sur ce que devrait faire l'OPS pour soutenir les pays. Comme elle l'avait indiqué plus tôt au Président du Sous-Comité, dans ce domaine l'Organisation avait besoin de nombreuses orientations de la part des États Membres afin de déterminer comment elle pourrait répondre à la multitude de demandes de soutien et d'assistance alors que ses ressources étaient si limitées. L'OPS faisait tout son possible pour répondre aux demandes d'aide des pays, mais ces demandes ne semblaient qu'augmenter, alors que ce n'était pas le cas du montant des ressources dont disposait l'Organisation.

101. Quand, par exemple, les États Membres avaient demandé l'aide de l'OPS pour élaborer des propositions devant être soumises au Fonds mondial, l'Organisation avait répondu à ces demandes. Aucune ressources spécifiques n'avaient été allouées dans le budget de l'OPS à cette fin, mais en réaffectant des ressources d'autres secteurs et en suspendant des activités dans d'autres, le Secrétariat avait réussi à mobiliser l'équivalent de 1,5 million de dollars en 2002–2003 à l'appui des pays de la Région pour l'élaboration des propositions. Et bien qu'il ait été prédit que les pays des Amériques ne pouvaient pas s'attendre à recevoir grand-chose du Fonds mondial, un nombre record de ces demandes avait été approuvé, ce qui était révélateur de la qualité des propositions que les pays avaient formulées avec le soutien de l'OPS.

102. De même, dans le domaine des négociations sur les médicaments, même si initialement la position globale de la part de l'ONUSIDA, de l'OMS et de l'industrie pharmaceutique avait été que les négociations avec plusieurs pays ne seraient pas acceptées, à la demande des États Membres des Amériques, le Secrétariat de l'OPS avait insisté pour que soient menées des négociations conjointes, et il avait réussi à en faire une réalité, là encore sans que des ressources aient été allouées spécifiquement à cette fin. Maintenant, les pays demandaient à l'Organisation un soutien additionnel dans ce domaine, mais elle n'avait tout simplement pas les moyens d'apporter ce soutien.

103. Dans le domaine de la coopération horizontale également l'OPS avait fait tout son possible pour appuyer les pays. Mais là aussi, ses ressources étaient limitées, et l'Organisation n'avait reçu des fonds extrabudgétaires que du Gouvernement du Royaume-Uni, ce qui lui avait permis d'apporter son soutien à la collaboration entre le Brésil et les pays andins.

104. Le Secrétariat avait, comme les États Membres le lui avaient demandé, structuré le Budget biennal du programme pour 2004–2005 de façon à accroître le financement dans le budget ordinaire destiné aux activités liées au VIH/SIDA. Il avait aussi créé un groupe central et rationalisé les activités VIH/SIDA sur l'ensemble de l'Organisation, de telle sorte que tous les programmes collaboraient et partageaient leurs ressources à l'appui de la réponse intégrée face au SIDA. Parallèlement, il avait tout mis en œuvre pour améliorer la réponse régionale au moyen d'une coordination plus étroite avec les autres institutions co-parrainant l'ONUSIDA dans leurs domaines d'activités respectifs — l'éducation, la discrimination et la stigmatisation, les soins apportés aux orphelins du SIDA, les programmes VIH/SIDA sur le lieu de travail, etc. — mais les besoins étaient encore si nombreux et il y avait tant de demandes de coopération dans un si grand nombre de domaines qui n'étaient pas satisfaites. L'OPS ne pouvait pas espérer pouvoir répondre à toutes ces demandes dans les limites de ses ressources actuelles.

105. Elle lançait donc un appel aux États Membres pour qu'ils donnent des conseils sur la façon dont l'Organisation pourrait apporter la réponse qu'ils lui demandaient et sur la façon dont les États Membres pourraient aider l'Organisation afin d'élaborer une réponse régionale véritablement intégrée face au problème du VIH/SIDA dans les Amériques.

106. Le Délégué du Canada a déclaré qu'il avait été impressionné par les commentaires du Directeur qui l'avaient aussi rendu quelque peu perplexe. Il interprétait ces commentaires comme un appel aux pays à apporter leur concours au moyen de ressources financières additionnelles et d'avis sur la question du VIH/SIDA. Cette requête l'avait rendu perplexe car il pensait que les pays s'adressaient à l'OPS en pensant qu'il y avait des ressources adéquates pour traiter de la question VIH/SIDA. En effet, il était difficile de concevoir une autre question de fond dans le domaine de la santé qui recevait autant d'argent que le VIH/SIDA, pourtant le Secrétariat semblait estimer que les ressources de l'Organisation n'étaient pas suffisantes. Il en appelait donc au Directeur pour préparer un argumentaire —explicitant les informations financières qui avaient été fournies dans la présentation et montrant en détail comment le budget était actuellement alloué au sein de l'Organisation, en identifiant les domaines où existaient des besoins non couverts, en spécifiant le montant des ressources supplémentaires nécessaires dans ces domaines, et en indiquant comment l'Organisation se proposait de dépenser les ressources — puis pour soumettre cet argumentaire à l'examen des pays pour discussion, soit au Comité exécutif soit au Conseil directeur, ou dans un autre forum.

107. Le Président a remercié le Délégué du Canada pour sa proposition, qu'il a jugé excellente. Il se réjouissait à la perspective de poursuivre la discussion sur cette question au sein du Comité exécutif.

Règlement sanitaire international : Perspectives de la Région des Amériques (document SPP38/8)

108. Le Docteur Marlo Libel (Conseiller régional, Maladies transmissibles, OPS) a déclaré que sa présentation sur le Règlement sanitaire international évoquerait trois grands points : les aspects clés du processus de révision du Règlement en cours, les activités de coopération technique de l'OPS dans ce domaine, et les mesures nécessaires à l'avenir pour mener à bien la révision et commencer à mettre en œuvre le Règlement.

109. La révision du Règlement sanitaire international était devenue nécessaire du fait de l'augmentation du commerce et des voyages internationaux et de l'émergence ou la réémergence au cours de ces 20 dernières années de plus de 30 pathogènes qui représentaient une menace internationale. Les changements clés proposés dans le cadre du processus de révision étaient : 1) l'expansion du champ de notification pour inclure toute urgence de santé publique d'intérêt international, plutôt que la notification de trois

maladies spécifiques seulement, comme l'exige le Règlement actuel ; 2) la désignation par les gouvernements nationaux de correspondants nationaux faisant office de points de contact et de liaison de communication avec l'OMS ; 3) la définition des capacités fondamentales de surveillance et de réponse exigées au niveau national, y compris des capacités de surveillance et de réponse spécifiques aux points d'entrée ; 4) les mesures recommandées pour faire face aux urgences de santé publique d'intérêt international et présentant des risques constants pour la santé publique ; et 5) la création de deux instances consultatives de l'OMS : le Comité d'urgence, qui aurait pour fonction de conseiller le Directeur général pour déterminer si un événement constituait une urgence de santé publique d'intérêt international ainsi que sur la publication de recommandations d'urgence, et le Comité de surveillance, qui procéderait à l'examen et au suivi de l'application du Règlement et des recommandations en place et formulerait des avis à cet égard, et examinerait les différends relatifs à l'interprétation ou à l'application du Règlement.

110. Le processus qui avait abouti à la version provisoire du Règlement révisé actuellement soumis à l'examen des États Membres pour commentaires avait démarré par un vaste processus de consultations techniques au cours de 2002, qui avait abouti à des recommandations spécifiques sur les mesures de surveillance et de contrôle. En 2003, à la suite de la flambée de syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS), qui avait donné l'occasion de tester certaines des révisions proposées, des modifications avaient été apportées dans deux grands domaines : l'utilisation de sources non officielles pour l'obtention d'informations sur les épidémies de maladies transmissibles et la participation de l'OMS à l'enquête sur ces épidémies. La dernière étape consisterait à organiser des consultations infrarégionales, qui seraient suivies d'une réunion en novembre 2004 d'un groupe de travail intergouvernemental. Ce groupe rédigerait la version provisoire finale qui serait soumise à l'Assemblée mondiale de la santé en mai 2005.

111. Les principales activités de coopération technique de l'OPS relatives au Règlement sanitaire international visaient à tenir les États Membres informés et à faciliter leur participation au processus de révision, tant par l'entremise de réunions de consultation que par un échange permanent d'informations. Qui plus est, l'Organisation avait appuyé la mise en place de réseaux infrarégionaux pour la surveillance des maladies infectieuses émergentes en vue de compléter les mécanismes de surveillance nationaux et de permettre aux pays de travailler ensemble pour contrôler l'éventuelle propagation des maladies infectieuses par delà les frontières nationales. Une composante importante de ces réseaux infrarégionaux avait trait au renforcement de la capacité des laboratoires et à la mise en place de laboratoires de référence pour des pathogènes spécifiques. Le Marché commun du Sud (MERCOSUR) avait joué un rôle particulièrement actif dans le cadre du processus d'examen du Règlement, au niveau infrarégional comme au sein des différents pays membres. Toutefois, des ateliers et autres activités liées au Règlement avaient

également été organisés, au niveau infrarégional et national, dans les sous-régions andine, d'Amérique centrale et des Caraïbes anglophones.

112. La prochaine étape du processus de révision consisterait à tenir des réunions régionales et, dans le cas des Amériques, des réunions infrarégionales afin d'entendre les vues des États Membres et leurs préoccupations relatives au contenu du Règlement révisé et à son mise en œuvre au niveau des pays. Les pays seraient encouragés à faire participer toute une gamme de secteurs en plus du secteur de la santé au processus de consultation, y compris tous les secteurs ayant trait à la circulation des personnes et des biens, et à inclure dans leurs délégations à la fois des décideurs politiques et du personnel technique. Quatre réunions infrarégionales se tiendraient entre avril et juin. Le résultat de ces consultations constituerait la contribution de la Région des Amériques au groupe de travail intergouvernemental, qui viendrait compléter les avis reçus de l'ensemble des régions et c'est sur cette base que serait produite la version provisoire finale du Règlement révisé.

113. Dans une perspective future, une fois que le Règlement serait approuvé, l'OPS prévoyait d'aider les pays à les mettre en œuvre au moyen d'une coopération technique dans les domaines stratégiques suivants : soutien continu apporté aux réseaux de laboratoires et de surveillance des maladies infectieuses émergentes au niveau infrarégional, améliorations des mécanismes opérationnels pour l'alerte et la réponse aux niveaux régional et national, renforcement des capacités de laboratoires et des réseaux de laboratoires dans les pays d'Amérique latine et des Caraïbes, et renforcement des capacités afin de consolider la capacité des pays en termes de réponse en situation d'urgence et de contrôle durable des maladies transmissibles.

114. Le Sous-Comité a fait part de son appui ferme au processus de révision du Règlement et a salué les efforts de l'OPS visant à s'assurer que les vues des gouvernements des Amériques étaient effectivement prises en compte. Les délégués ont félicité l'OPS d'organiser des consultations au niveau infrarégional et se réjouissaient à la perspective de participer à ces réunions. Les membres ont également souligné la qualité du document, qui constituait une toile de fond solide sur le Règlement sanitaire international et sur la nécessité de le réviser et énonçait la procédure pour cette révision, bien qu'il ait été suggéré que les versions futures devraient se centrer davantage sur les activités de l'OMS et de l'OPS actuellement en cours et légèrement moins sur les activités entreprises par l'OPS par le passé, dans la mesure où la période d'ici mai 2005 serait extrêmement importante pour ce qui était de déterminer le libellé et les concepts qui seraient inclus dans la version finale du Règlement révisé.

115. Il a été souligné que le Règlement révisé devrait être souple tout en explicitant l'autorité et les conditions aux termes desquelles il serait approprié pour les États Membres de restreindre la circulation des personnes, des animaux ou des cargaisons en vue de limiter la propagation des maladies. Il était nécessaire de trouver le juste équilibre entre les activités visant à limiter l'étendue de la maladie, l'atteinte aux libertés individuelles, et le droit d'une nation en termes de commerce international, d'activités commerciales, et de migration. L'importance de la collaboration entre les pays et les régions au niveau de la détection et de la réponse rapides face aux épidémies a également été soulignée. Le rôle crucial des entités internationales et régionales telles que le Réseau mondial d'alerte et de réponse aux épidémies de l'OMS (GOARN) et le Centre d'épidémiologie des Caraïbes (CAREC), pour ce qui est de faciliter une collaboration de ce type a été mis en exergue. En outre, la coopération technique entre les pays était jugée essentielle pour aider les pays qui pourraient ne pas avoir les compétences ou les ressources humaines nécessaires pour détecter les épidémies et y répondre.

116. Le Délégué du Canada, notant que le document indiquait que plusieurs pays commençaient à réorganiser leurs systèmes de surveillance en vue de se préparer pour des épidémies futures, a déclaré qu'il convenait d'ajouter son pays à cette liste. À la suite de l'épidémie de SRAS l'année précédente, Health Canada avait fait mener une analyse de la façon dont la situation avait été gérée. Le rapport sur cette analyse avait révélé la nécessité de créer une nouvelle institution de santé publique que le pays planifiait et concevait actuellement. Il se réjouissait à la perspective d'en apprendre plus sur les expériences des autres pays qui avaient entrepris des activités similaires de réorganisation de leurs systèmes.

117. Le Délégué des États-Unis a déclaré que son pays avait certes considéré que la version provisoire du Règlement publié en janvier 2004 constituait une bonne première mouture, mais il avait un certain nombre de préoccupations, qui étaient présentées en détail dans les commentaires écrits qu'il avait soumis à l'OMS. Ces commentaires avaient également été distribués au Sous-Comité, et on espérait qu'ils apporteraient une contribution utile aux discussions qui auraient lieu pendant les réunions infrarégionales. En particulier, les États-Unis étaient vivement opposés à la proposition de l'OMS relative à l'utilisation d'un algorithme comme moyen unique de déterminer les événements devant être notifiés et il estimait que l'aval apparemment accordé par l'OPS à cette méthode en tant que méthode unique (aux paragraphes 8–10 du document SPP38/8) était prématuré, dans la mesure où l'OMS n'avait pas encore entendu les vues de tous les États Membres. Son pays était favorable à l'utilisation d'un algorithme afin de déterminer si certains événements constituaient des « cas d'urgence de santé publique d'intérêt international », à condition que cette expression soit définie rigoureusement, mais les États-Unis estimaient que le Règlement révisé devrait aussi exiger la déclaration d'une liste spécifique de maladies connues pour être des maladies transmissibles graves

présentant le potentiel de créer des situations d'urgence internationales de santé publique. Une proposition de liste de ces maladies figurait dans les commentaires écrits de son gouvernement.

118. La Déléguée de la Barbade a souligné que pour les petits États insulaires des Caraïbes qui dépendaient dans une grande mesure du tourisme pour leur survie économique, une surveillance précoce et de bonne qualité ainsi qu'une réponse rapide face à toutes maladies importées étaient vitales. Dans le cas de son pays, qui faisait office de point de transit pour les touristes en partance pour des îles plus petites des Caraïbes, ce type d'informations était encore plus crucial, puisque d'autres pays dépendaient des fonctions de surveillance et de centre d'information de la Barbade.

119. Le Docteur Libel a déclaré que, avant de répondre aux commentaires du Sous-Comité, il souhaitait prendre acte du soutien financier et technique que l'OMS avait apporté pour les réunions de consultation qui devaient se tenir dans la Région. Il souhaitait aussi remercier le Gouvernement des États-Unis qui, de pair avec le Gouvernement du Brésil, avait été l'un des participants les plus actifs au processus de révision du Règlement en termes d'apport de compétences techniques et d'avis sur les changements proposés.

120. S'agissant du souhait exprimé par le Canada d'en apprendre davantage sur les expériences de l'Argentine, de la Bolivie, du Brésil, et d'autres pays qui procédaient à la réorganisation de leurs systèmes de surveillance, il a déclaré que ces pays avaient fait montre d'un engagement extraordinaire, en affectant des ressources d'emprunt obtenues pour le développement des services de santé spécifiquement pour réorganiser et consolider leurs systèmes de surveillance et de réponse, non seulement au niveau central mais aussi au niveau de leurs services de santé locaux. En outre, dans plusieurs cas, des laboratoires de biosécurité de niveau 3 avaient été établis. L'OPS considérait ce renforcement de la capacité des laboratoires comme essentiel afin d'améliorer les capacités de diagnostic des pays de l'hémisphère Sud et éviter ainsi la nécessité de transport international de spécimens biologiques qui pourraient poser un risque de transmission de maladies.

121. Plusieurs des activités susmentionnées se déroulaient dans le cadre d'une autre initiative appuyée par l'OPS qui avait trait directement au commentaire de la Déléguée de la Barbade : les évaluations dans les pays de la capacité nationale de détection, de confirmation et de réponse face aux épidémies. Cette initiative visait à aider les pays à identifier les lacunes dans leurs systèmes. Sachant que toute une gamme d'autres institutions pouvaient collaborer avec le ministère de la santé pour la surveillance et la réponse, la démarche suivie par l'OPS dans le cadre de cette évaluation consistait à faire en sorte de réunir toutes les institutions concernées.

122. Il a remercié le Délégué des États-Unis d'avoir remis à l'OPS la réponse détaillée de son pays suite à la première version du Règlement plusieurs semaines avant la session du Sous-Comité. Le Secrétariat avait donc été en mesure de faire part de ces commentaires aux autres pays et de recueillir leurs vues quant au degré de pertinence pour eux des préoccupations exprimées par les États-Unis. Cela était important dans la mesure où il était nécessaire de trouver un point d'équilibre dans le processus de révision du Règlement u entre les intérêts collectifs de tous les pays et les intérêts nationaux des différents pays et leur capacité à remplir les engagements qu'ils prendraient en approuvant le Règlement.

123. En ce qui concernait le document soumis au Sous-Comité, il a précisé qu'il avait uniquement pour objet d'informer les États Membres des propositions actuellement soumises à examen. Le forum de discussion des questions spécifique serait les consultations infrarégionales, et c'était lors de ces réunions que seraient traitées les préoccupations soulevées par les États-Unis. En conséquence, il ne ferait pas de longs commentaires sur ces questions ; toutefois, il souhaitait effectivement souligner que la décision d'utiliser le concept d'« urgences de santé publique d'intérêt international » résultait de l'expérience acquise dans le cadre du Règlement actuel qui incluait en effet une liste de maladies. Dans le cadre de cette démarche, les pays n'avaient généralement pas accordé une attention suffisante aux flambées de maladies infectieuses pour lesquelles il n'y avait pas de diagnostic spécifique. C'était l'une des raisons qui amenaient à proposer cette nouvelle démarche. Une autre raison tenait au fait que, comme cela a été le cas pour les systèmes nationaux de surveillance, lorsqu'une liste de maladies était dressée, le système tendait à se focaliser exclusivement sur cette liste. Si un événement ne correspondait pas à la définition des cas devant être classifiés comme étant l'une de ces maladies, il n'était pas considéré comme une menace internationale nécessitant l'adoption de mesures. Néanmoins, c'était aux États Membres qu'il reviendrait de décider si une liste complémentaire de maladies devrait être incluse dans les Réglementations révisées.

124. S'agissant des commentaires sur le juste équilibre entre le fait de limiter la propagation des maladies et les droits des pays et des personnes, cela serait un autre point important qui serait examiné lors des réunions infrarégionales. Afin que ces réunions soient aussi productives que possible, il demandait instamment à tous les États Membres de prendre le temps d'examiner attentivement le projet de Règlement et de se rendre aux réunions avec des suggestions concrètes.

125. Le Directeur a fait remarquer que, dans la mesure où le Règlement était un traité et, de ce fait, un instrument juridique à caractère exécutoire, il devait faire l'objet d'un examen approfondi de la part des gouvernements. En appuyant le processus de révision, l'OPS s'était concentrée sur l'aspect infrarégional car au sein des divers groupements d'intégration, les pays avaient déjà mis en place certains mécanismes et avaient pris

certain engagements en termes d'échange d'informations, de questions relatives aux frontières, de douanes, de transports, et d'autres questions liées directement au Règlement sanitaire international.

126. Comme l'avait indiqué le Docteur Libel, la préparation au niveau national serait cruciale pour assurer le succès des consultations infrarégionales. Une partie de cette préparation, de l'avis du Secrétariat, devrait consister à faire participer d'autres secteurs et à recueillir leurs vues, non seulement au niveau de l'administration centrale mais aussi au niveau infranational et au niveau local. Il existait tant de voies pour la circulation des populations, légales et illégales, et donc tant de voies de transmission des maladies à travers les frontières, que la participation des autorités à tous les niveaux était essentielle. Il était également important de connaître les perspectives d'autres secteurs — le commerce et la défense, par exemple — qui s'intéressaient aux points couverts par le Règlement. Le processus de révision du Règlement était similaire au processus suivi pour la mise en place du Codex Alimentarius et d'autres réglementations internationales et, tout comme ces processus, il exigeait de connaître les perspectives d'un grand nombre de secteurs différents.

127. Le Secrétariat, bien entendu, tiendrait compte des commentaires du Sous-Comité sur le document; toutefois, comme l'avait souligné le Docteur Libel, l'objet de tout document produit sur le Règlement sanitaire international serait de tenir les pays informés des points examinés. L'OPS n'avait pas de position définie sur le Règlement. Son rôle était de faciliter l'échange d'informations afin que les pays puissent comprendre leurs positions mutuelles puis négocier et parvenir à un accord commun. En conséquence, l'OPS s'efforçait de clarifier les questions et d'identifier à la fois les points critiques qui feraient probablement l'objet de controverses et les points sur lesquels il était probable que se forge un consensus, afin de faire avancer le processus aussi rapidement que possible.

Évaluation décennale de l'Initiative régionale sur les données sanitaires de base (document SPP38/10)

128. Le Docteur Carlos Castillo-Salgado (Responsable de secteur, Systèmes d'analyse et d'information sur la santé, OPS) a rappelé que le travail sur de l'Initiative régionale sur les données de santé de base (Initiative DSB) avait été lancé en 1995 afin d'opérer un suivi de la réalisation des objectifs de santé et du respect des mandats adoptés par les États Membres et d'assurer un ensemble de données de base qui permettrait de caractériser et de surveiller la situation de la santé dans les Amériques. Près de 10 ans plus tard, une enquête avait été envoyée à tous les pays de la Région pour recueillir leurs avis sur la façon d'améliorer cette Initiative et de définir ses orientations futures.

129. L'Initiative couvrait la série d'informations minimum requise pour planifier et évaluer les programmes de santé publique des pays, comprenant les indicateurs essentiels qui donnaient des informations fondamentales sur la gestion de la santé publique pour les ministères et d'autres institutions de la santé. Au cours de ces 10 ans, l'Initiative avait guidé les efforts déployés par les pays et leurs orientations stratégiques, avait facilité l'identification des priorités et des besoins non satisfaits de divers groupes nationaux, et avait permis de passer en revue les tendances en matière de santé dans les pays.

130. Sur les 37 pays interrogés, 21 avaient indiqué qu'ils avaient utilisé l'Initiative pour identifier les besoins et les priorités pour les soins et services destinés aux populations critiques, tandis que 16 pays avaient indiqué qu'ils l'avaient utilisée pour effectuer des mesures spécifiques des inégalités dans la santé dans leur pays et pour évaluer les programmes de santé publique destinés à y remédier. D'autres fonctions et activités ont été mentionnées par 22 pays.

131. Il avait aussi été demandé aux pays si l'Initiative contribuait de façon utile à leur suivi de la réalisation des Objectifs de développement pour le Millénaire. Dix-sept avaient répondu qu'il existait en effet un lien positif, tandis que 13 avaient déclaré qu'ils n'avaient pas encore démarré leurs activités de suivi. Les données de base comprenaient déjà 12 des 19 indicateurs liés à la santé des Objectifs de développement pour le Millénaire. Un autre devait être ajouté très prochainement, et l'OPS menait des discussions spécifiques avec les pays sur la meilleure façon d'en mettre en œuvre quatre autres. Les derniers exigeraient un effort spécifique de collecte de données.

132. L'une des conclusions qui ressortait des réponses des pays était que des obstacles subsistaient sur la voie de la mise en œuvre et de la maintenance de l'Initiative au niveau national, en raison de l'insuffisance des ressources humaines, des contraintes en matière d'accès à l'information, et du caractère limité du financement et du soutien politique. Toutefois, les réponses indiquaient également qu'il était essentiel de continuer à améliorer le flux d'informations entre les pays et l'OPS et l'OMS, en mettant l'accent sur la nécessité d'adopter des mesures destinées à éviter que les activités menées par les pays fassent double emploi.

133. L'enquête posait aussi des questions sur des produits spécifiques au niveau national. En 1995, seuls cinq pays de la Région avaient publié des brochures sur les indicateurs de santé. Dix ans plus tard, 24 pays publiaient systématiquement ce type d'informations, désagrégées au niveau infranational. La production d'informations de ce type avait eu un fort impact au sein des ministères de la santé, des milieux universitaires, et lors de négociations bilatérales et multilatérales relatives à la coopération technique. Au total, 14 pays avaient rendu leurs informations directement accessibles sur l'Internet.

C'était une grande réalisation, mettant ainsi leurs informations critiques à la portée du grand public.

134. En particulier, le Brésil et l'Argentine avaient déployé des efforts considérables pour moderniser leurs systèmes nationaux de données de base, et pour publier régulièrement des actualisations des données de base chaque année. Cela s'était avéré extrêmement positif pour les activités de santé publique dans ces pays. Le Brésil avait établi le réseau RIPSA, qui était le premier réseau interinstitutionnel d'informations sur la santé dans la Région et qui avait permis d'harmoniser systématiquement tous les indicateurs de santé pour l'ensemble du pays. Le fait de parvenir à un degré d'harmonisation aussi élevé revêtait une énorme importance, en particulier du fait qu'au démarrage de l'Initiative, bon nombre des données publiées par les pays n'étaient que des estimations approximatives, avec notamment des versions optimistes et de versions pessimistes, sans que rien n'indique celles qui avaient les meilleures probabilités d'être correctes. Qui plus est, il y avait eu de fortes variations dans les chiffres pour un même indicateur entre les différentes institutions, toutes les estimations étant considérées comme tout aussi officielles les unes que les autres. Un investissement d'un million de dollars, accompagné d'un changement fondamental de la gestion des informations, avait permis au Brésil d'obtenir des données coordonnées et harmonisées de toutes les institutions concernées.

135. L'Initiative avait abouti à plusieurs résultats au niveau infrarégional, qui avaient exigé un énorme effort de coordination. Le premier recueil de données de base pour les Caraïbes avait été produit en 1996, suivi d'un autre pour l'ensemble de l'Amérique centrale et présentant des données au niveau infranational. En 2003, un effort de collaboration des États-Unis et du Mexique avait débouché sur la publication du premier recueil de données de base couvrant une zone frontalière. Le travail mené sur la frontière entre les États-Unis et le Mexique pourrait servir d'exemple pour d'autres pays ayant des frontières en commun.

136. L'un des produits importants de l'Initiative était la publication chaque année au mois de septembre d'une brochure régionale « La situation de la santé dans les Amériques : Indicateurs de base », qui était l'instrument le plus important pour l'utilisation stratégique des informations sur la santé dans la Région. L'Initiative avait aussi généré un système coordonné d'informations sur la santé, et avec la Division des statistiques des Nations Unies et la Commission statistique des Nations Unies, l'OPS s'était efforcée de parvenir à une harmonisation totale des indicateurs, processus qui avait inclus la production d'un glossaire et de notes techniques spécifiques pour chaque indicateur.

137. L'Initiative a aussi permis de rédiger l'Atlas des indicateurs de base, que de nombreux pays utilisaient dans leurs négociations pour la coopération technique. L'Atlas avait permis pour la première fois de publier des indicateurs non seulement au niveau des pays mais aussi au niveau des subdivisions politiques au sein des pays. Ce n'était que dans la Région des Amériques que des informations aussi détaillées étaient disponibles. Les initiatives nationales sur les données de base avaient ainsi permis d'avoir un aperçu de la mosaïque épidémiologique complexe de la Région.

138. On pouvait aussi trouver sur l'Internet le calculateur de tableaux multidimensionnel qui a recueilli de nombreux éloges — qui avait la capacité de fournir des informations dynamiques et détaillées par indicateur, par pays, par groupe de pays, ou par année — et le système de profils de santé des pays, qui était actualisé chaque année et fournissait des informations démographiques et sur la santé pour chaque pays de la Région. Une fois que les systèmes de l'OPS avaient été présentés plus largement à l'Organisation mondiale de la santé en 2003, d'autres régions avaient commencé à publier leurs données de base, en suivant le même modèle. En outre, l'OPS avait fourni gratuitement les systèmes basés sur le Web à l'Office régional de l'OMS pour l'Asie du Sud-Est (SEARO), et examinait actuellement avec l'OMS les possibilités de faire de même pour d'autres régions.

139. Le Sous-Comité a félicité l'OPS pour ses efforts considérables en vue de promouvoir la collecte de données de routine pour les données de santé types sur l'ensemble de la Région, ce qui, de pair avec les efforts déployés par les États Membres avait abouti à une augmentation de l'utilisation des données pour la planification de la santé et une meilleure supervision des programmes de santé. Plusieurs délégués avaient communiqué des informations sur les systèmes et mécanismes en place dans leurs pays pour la collecte et la publication des données de base. Le Délégué du Brésil a remercié l'orateur pour ses commentaires positifs sur le travail de RIPSAs et a apporté un complément d'information sur le fonctionnement du système. Le Délégué du Canada a attiré l'attention sur le travail entrepris dans ce pays au cours des 10 dernières années pour produire des rapports annuels sur les indicateurs de santé ainsi que le rapport annuel « How Healthy Are Canadians? »

140. Le Sous-Comité a souligné qu'il était souhaitable de désagréger encore les données par groupes de population spécifiques, en particulier pour les populations marginalisées telles que les adultes âgés, les populations autochtones, et les enfants. Il a également mis l'accent sur l'importance d'une analyse hommes-femmes dans le cadre de l'étude sur les iniquités sociales. Les données désagrégées en fonction du sexe étaient très importantes, de même que les données qui tenaient compte de l'incidence du sexe comme construction sociale résultant de structures et formes de pouvoir de type politique, social, juridique, et autres. Les délégués souhaitaient obtenir des informations sur la façon dont il serait possible d'aider les pays pauvres en ressources à améliorer leur

capacité à compiler des données de base pour l'Initiative et à les analyser, une fois compilées. En outre, d'autres informations ont été demandées sur la façon dont l'Initiative s'avérait utile pour les États Membres — par exemple, dans quelle mesure elle contribuait à la planification et à l'élaboration des politiques des ministères de la santé.

141. Il a été suggéré que, pour évaluer pleinement le programme régional de données de base, il serait utile de voir une liste des indicateurs recommandés aux États Membres. Un autre élément tout aussi important serait la documentation technique à la base de l'élaboration par l'OPS de la série d'indicateurs. On a estimé que le document aurait gagné à présenter de façon plus détaillée la disponibilité des données RCDI dans les différents pays et la Région, ainsi qu'à analyser les niveaux de participation des différents pays à l'Initiative, étant donné que la recommandation à la fin du document selon laquelle davantage de ressources humaines devraient être allouées à la promotion de l'accès à l'information et à son analyse et dissémination n'indiquait pas clairement si ces ressources supplémentaires devraient venir de l'OPS en interne, des États Membres ou des deux. Il a été suggéré également que soient ajoutées une analyse plus détaillée des ressources humaines et financières existantes, ainsi qu'une projection des besoins.

142. Les délégués ont souligné qu'un volume considérable d'informations était disponible et qu'elles pourraient être utilisées pour analyser les tendances et les comportements et prévoir les éventuelles détériorations ou les progrès qui n'intervenaient pas comme prévu. Des efforts supplémentaires devraient être déployés pour obtenir des informations désagrégées au niveau supranational, afin que les pays puissent ainsi être avertis très tôt des domaines où les interventions devaient se concentrer. Ces activités de collecte de données devraient être renforcées au cours des prochaines années.

143. Le Docteur Castillo-Salgado a remercié les participants pour leurs commentaires et leurs suggestions, en particulier les délégués qui avaient communiqué des informations sur leurs pays respectifs, en notant que l'Argentine et le Brésil avaient tous deux adopté la pratique de publier des informations chaque année sur un sujet spécifique, tel que la mortalité infantile ou la problématique hommes-femmes, en plus des données de base communiquées. Il a noté que le Canada faisait figure de pionnier dans la gestion stratégique de l'information. L'OPS a reconnu les efforts considérables consentis par le Canada pour créer et structurer les séries de données de base, et dans sa formulation l'Initiative s'était inspirée des réalisations du Canada.

144. L'OPS reconnaissait qu'il était important de désagréger les données en fonction du sexe, mais dans de nombreux pays, les systèmes ordinaires de collecte de données n'incluaient pas cette variable. L'Organisation œuvrait de pair avec les pays en vue d'apporter des améliorations dans ce domaine. Ajoutant qu'il était d'accord sur l'importance des informations sur les populations autochtones, il a expliqué que l'OPS

préparait une brochure spécifique de données de la santé sur les populations autochtones de l'ensemble de la Région, qui devrait être publiée courant 2004.

145. Passant ensuite à la question de l'incidence de l'Initiative au niveau national, il a rappelé certains des résultats de l'enquête effectuée par l'OPS auprès de 37 pays. Trente pays avaient répondu, et parmi ces pays, 21 avaient indiqué qu'ils utilisaient l'Initiative pour déterminer les priorités en matière de santé et les besoins spécifiques au niveau infranational. Seize pays l'utilisaient pour mesurer les iniquités dans le domaine des soins de santé et douze pour évaluer l'impact de leurs programmes de santé publique.

146. S'agissant de la question des ressources humaines supplémentaires, il a précisé que les recommandations dans le document étaient celles soumises par les pays à l'OPS. Les trois grands problèmes identifiés par les pays dans l'enquête étaient l'insuffisance des ressources, l'accès limité aux données des zones les plus marginales des pays et, dans certains cas, le fait qu'il n'existe pas de réseau électronique. En dépit de ces difficultés, les pays déployaient des efforts courageux pour produire les données. Par exemple même Haïti, en dépit de sa situation extrêmement difficile, avait produit deux recueils de données de base. En ce qui concernait la présentation d'informations supplémentaires sur les indicateurs, il a précisé que les documents qui présentaient ces informations en détail étaient déjà sur l'Internet. Il s'agissait notamment du glossaire, des explications sur la façon dont les indicateurs étaient élaborés, d'informations sur l'harmonisation, etc.

147. Il a indiqué qu'il était d'accord pour dire que la question de la formation à la collecte et l'analyse de données constituait l'un des principaux goulets d'étranglement, ce qui menaçait la mission de l'Initiative qui consistait à fournir des informations valables et fiables en vue de faciliter l'analyse de la situation sur le plan de la santé. Avec la Banque mondiale, l'OPS travaillait sur l'organisation de cours en ligne sur l'analyse de la situation sur le plan de la santé. Le premier cours serait disponible d'ici environ deux mois, et le coût pour les pays serait minime. Il a également donné des informations sur le lancement en 2004 du premier Réseau de mesure de la santé, destiné à faire prendre conscience aux gouvernements et aux institutions de la pertinence stratégique cruciale des statistiques de santé de routine au niveau national, régional et mondial. Le Réseau avait été créé avec l'assistance des gouvernements du Mexique et de l'Afrique du Sud, de USAID, de la Fondation Bill et Melinda Gates et de bien d'autres partenaires encore.

148. Le Directeur a précisé que bien que la présentation ait été centrée dans une grande mesure sur les indicateurs, l'Initiative régionale sur les données de santé de base comprenait de multiples autres facettes, y compris l'assistance qu'apportait l'OPS en termes de formation des ressources humaines pour la production de données, de renforcement de la capacité d'analyse des pays, entre autres. Elle partageait l'avis exprimé par plusieurs délégués sur le fait que l'élément essentiel était de savoir quelle était l'utilisation qui était faite des données de base recueillies, et elle a noté que, dans

certains cas, les pays utilisaient les données à des fins qui dépassaient le champ d'application initial de l'Initiative, comme pour préparer des séries de publications techniques sur des sujets spécifiques, notamment la santé des femmes, la santé des populations autochtones et des migrants, et la santé des enfants.

149. Un autre aspect important des activités de l'Organisation dans ce domaine portait sur la relance du Comité consultatif régional sur les statistiques de la santé (CRAES), une initiative conjointe entre l'OPS et plusieurs autres institutions. Ce groupe s'efforçait d'améliorer la qualité et la cohérence des statistiques de la santé et des statistiques de l'état civil, bien qu'elle estime que la responsabilité des statistiques de l'état civil n'incombait pas véritablement au secteur de la santé. Le secteur était un gros utilisateur de statistiques de l'état civil, mais il n'était pas chargé de les compiler. Néanmoins, l'amélioration des statistiques de l'état civil était importante, dans la mesure où un bon système de statistiques de l'état civil était essentiel pour l'exercice de la démocratie représentative et de certains droits fondamentaux dans les sociétés démocratiques, notamment le droit à l'identité, mais aussi le droit de vote, le droit de posséder des biens, et autres. Malheureusement, certains pays de la Région n'étaient toujours pas dotés d'un système de statistiques de l'état civil, tandis que dans d'autres pays, les systèmes s'étaient détériorés au cours des 30 ou 40 dernières années, car les financements nécessaires pour les entretenir faisaient défaut.

150. La question des statistiques de l'état civil préoccupait aussi l'OPS du fait que c'était une question d'équité. Les groupes qui souffraient de la plus grande iniquité, les groupes ayant le moins de ressources et le moins de pouvoir, étaient souvent complètement omis des statistiques de l'état civil d'un pays. Fréquemment, c'était du fait que les naissances n'étaient tout simplement pas déclarées. Dans certains cas, c'était le fruit d'une législation obsolète qui imposait des amendes si les naissances n'étaient pas déclarées avant une certaine date. Dans d'autres cas, c'était dû à des pratiques manipulatrices ou d'extorsion de la part des entités privées qui géraient les registres de l'état civil sans contrôle adéquat du gouvernement.

151. C'est pourquoi l'OPS s'efforçait, en particulier par l'entremise du CRAES, de souligner la nécessité de consolider les systèmes de statistiques de l'état civil et d'encourager les États Membres à consentir les investissements nécessaires pour moderniser leurs systèmes et en assurer la maintenance.

Rapport de situation du Groupe de travail sur la politique budgétaire régionale (documents SPP38/3 et SPP38/3, Sup. I)

152. Le Docteur Karen Sealey (Chef de secteur, Planification, Soutien aux projets et budget des programmes, OPS) a présenté au Sous-Comité les progrès accomplis dans l'examen et la révision de la politique du budget programme de l'Organisation. Elle a commencé par examiner l'historique de l'élaboration des politiques du budget programme au sein de l'OPS. La politique actuelle de budget programme remontait à 1985, date à laquelle le Conseil exécutif de l'OMS avait demandé aux régions d'élaborer des politiques régionales de budget programme à l'appui des activités relatives à l'objectif de la Santé pour tous ; toutefois, l'OPS avait entrepris l'élaboration d'une politique vers la fin des années 70. En 1998, lorsque la Résolution WHA51.31 de l'Assemblée mondiale de la santé avait réduit l'allocation destinée à la Région des Amériques, à compter de la période biennale 2000–2001, l'OPS avait pris conscience de la nécessité de revoir sa politique régionale de budget programme, compte tenu du fait que cette réduction aurait pour effet de diminuer l'allocation de l'OMS à la Région de quelque 9 millions de dollars. Un groupe de travail composé de membres du Comité exécutif avait été établi en 1999 en vue d'entreprendre cette tâche en collaboration avec le Secrétariat. Le groupe avait soumis un rapport au Sous-Comité en 2000. Ce rapport évaluait l'expérience tirée de la politique existante et identifiait certains principes et critères applicables à la révision. Le Sous-Comité à l'époque, tout en avalisant les principes identifiés, avait demandé que des activités complémentaires sur la politique budgétaire soit reportées en attendant que le travail sur le Plan stratégique pour 2003–2007 ait été terminé.

153. Comme le savait le Sous-Comité, le Plan stratégique avait été adopté en 2002 et avait accordé la priorité à cinq pays clés. Par la suite, deux autres événements directement pertinents pour la discussion sur la politique budgétaire s'étaient produits : le Directeur général de l'OMS avait décidé en 2003 de décentraliser les opérations de l'OMS dans les régions et les pays et avait commencé à réaffecter des ressources à l'appui de cette démarche axée sur les pays et, toujours en 2003, le Conseil directeur de l'OPS avait signalé qu'il était urgent d'actualiser les critères pour l'attribution des ressources parmi les pays en fonction des besoins.

154. Elle a ensuite énoncé les mesures qui avaient été prises ou qui étaient planifiées dans le cadre du processus d'examen de la politique budgétaire, qui avaient pour objectif de faire du budget un instrument stratégique de politique générale. Le Directeur de la gestion des programmes avait mis en place un groupe consultatif d'experts de la planification et de la budgétisation pour épauler le Secrétariat dans le processus de définition des critères pour la révision de la politique budgétaire. À cette fin, il avait demandé au groupe, dans un premier temps, d'examiner et d'évaluer les critères de la politique en vigueur, et d'examiner les tendances des politiques budgétaires d'autres

institutions internationales et d'identifier les pratiques pertinentes, puis de recommander des principes et critères pour guider plus avant l'élaboration de la politique budgétaire. Le Groupe consultatif sur la politique régionale du budget programme de l'OPS avait tenu sa première réunion les 4 et 5 mars 2004, avec la participation d'experts du Canada, du Guatemala et de Trinité et Tobago. Les Représentants de quatre autres pays et de deux institutions de développement internationales n'avaient pas été en mesure d'assister à la réunion mais continuaient à faire partie du groupe. Le rapport sur cette réunion (document SPP38/, Sup. I) avait été distribué au Sous-Comité. Sur la base du travail mené par le Groupe consultatif, le Secrétariat élaborerait un projet de proposition de politique générale en avril, qui serait examiné avec le Groupe consultatif au début mai. Les commentaires des membres du groupe et des autres pays seraient alors intégrés dans la proposition qui serait soumise au Comité exécutif en juin.

155. Passant au rapport du Groupe consultatif, elle a noté que le document SPP38/3 identifiait certaines des principales questions dont le Secrétariat estimait qu'elles devraient être prises en compte dans l'actualisation de la politique de budget programme. Ces questions avaient été examinées par le Groupe consultatif lors de sa réunion de mars, et le groupe avait conclu, entre autres, qu'il était nécessaire de trouver le juste équilibre entre le caractère prévisible et la souplesse de la répartition du budget entre les pays, de telle sorte que les pays puissent s'attendre à un certain niveau de soutien de la part de l'OPS mais que, parallèlement, il y ait suffisamment de souplesse pour pouvoir s'adapter aux évolutions qui pourraient se produire dans les différents pays ou sur l'ensemble de la Région. Le Groupe, après de longues discussions, a recommandé une démarche en deux volets pour les allocations aux pays : un volet fondamental, qui serait fonction des besoins, et une partie variable, qui permettrait au Secrétariat et aux États Membres d'identifier les critères ou les priorités sur lesquelles il fallait se concentrer au cours d'une période biennale donnée — les ODM, par exemple.

156. S'agissant des critères pour déterminer les besoins, le Groupe consultatif avait reconnu que les indicateurs traditionnels, tels que la mortalité infantile, demeuraient certes valides, mais que des indicateurs nouveaux ou modifiés étaient nécessaires afin de mieux cibler les activités de l'Organisation pour identifier les pays en situation de besoin et les zones en situation de besoin dans les pays. En ce qui concernait la présence de l'OPS dans les pays, le Groupe a noté que les pays en étaient à différents niveaux de développement en matière de santé et avaient des besoins différents, et il fallait donc une méthodologie qui tienne compte de ces différences et identifie les besoins spécifiques des différents pays. Dans certains pays, une présence physique n'était peut-être pas nécessaire, tandis que dans d'autres elle était fondamentale. Dans ces cas là, il fallait aussi déterminer comment les coûts qu'entraînait le fait d'assurer cette présence seraient couverts. Enfin, le Groupe avait reconnu que, pour toute proposition allant de l'avant, la

méthode de mise en œuvre devrait occasionner aussi peu de perturbations que possible sur le plan de la coopération technique actuellement en place avec les pays.

157. Le Sous-Comité a été invité à faire part de ses commentaires sur le processus de révision et sur le caractère approprié de la démarche adoptée et à identifier les principes et questions qui devraient être pris en compte lors de la révision de la politique régionale du budget programme et faire part de ses commentaires sur ce point.

158. Le Sous-Comité s'est réjoui d'avoir reçu le rapport de situation sur les travaux du Groupe consultatif et s'est déclaré fermement en faveur de la révision de la politique budgétaire régionale en vue de refléter l'accent mis actuellement, à la fois par l'OMS et par l'OPS, sur les programmes et activités au niveau des pays. Le Groupe consultatif a été encouragé à examiner attentivement comment il pourrait être fait appel à la politique budgétaire pour améliorer la santé des populations marginalisées dans les pays, y compris les femmes, les enfants, les adultes âgés, et les groupes autochtones, et comment le budget pourrait être structuré pour être plus efficace au niveau des pays. À cet égard, il a été suggéré que le Groupe consultatif pourrait souhaiter examiner les recommandations du Groupe de travail sur l'OPS au 21^e siècle.

159. Il a été souligné que le caractère évolutif des relations de l'OPS avec les pays devait se refléter pleinement non seulement dans la politique budgétaire mais aussi dans la planification stratégique et la coopération technique. À cet égard, les délégués ont souligné la nécessité d'examiner comment les ressources pour la coopération technique entre les pays pourraient être utilisées plus efficacement pour les pays en situation de besoin. Les délégués ont également mis l'accent sur le fait que l'augmentation des ressources au niveau des pays devrait aller de pair avec une étroite supervision de l'utilisation de ces ressources, au moyen d'un suivi, d'une évaluation, et de la responsabilisation financière. Sur un aspect étroitement lié à ce point, un délégué a exprimé l'avis que la performance et les résultats du programme devraient être pris en compte pour tous les budgets futurs de l'OPS. Une démarche de ce type était conforme à l'objectif de faire du budget un instrument de politique générale souple et stratégique.

160. Rappelant que lors du Conseil directeur de l'année précédente, plusieurs États Membres s'étaient déclarés disposés à réaffecter des ressources allouées à leurs programmes pays vers des pays ayant davantage de besoins, les délégués se réjouissaient de constater que cette redistribution avait déjà commencé. S'agissant des critères pour l'affectation des fonds, le Groupe consultatif a été invité instamment à continuer de tirer parti des travaux déjà menés par d'autres institutions des Nations Unies sur le plan des indicateurs. On a estimé que l'Indice de développement humain pourrait constituer un moyen utile de pondérer les allocations entre les pays de la Région dans la mesure où il offrirait une bonne analyse de macro-données au moyen d'une matrice complète

d'indicateurs qui comprenaient la santé, l'économie, et toute une série d'autres indicateurs.

161. Un délégué a suggéré que, outre l'examen des critères pour l'allocation et l'utilisation des ressources, le Groupe consultatif examine les mécanismes et stratégies possibles pour mobiliser des ressources budgétaires supplémentaires qui permettraient à l'Organisation de répondre aux nouvelles demandes qui lui étaient présentées. Cela semblait particulièrement important à la lumière des commentaires formulés précédemment par le Directeur sur l'insuffisance des ressources pour amplifier la réponse face au VIH/SIDA. Un autre délégué, notant que le Groupe consultatif devrait aussi examiner la question de savoir comment la politique budgétaire révisée serait alignée sur les Objectifs de développement pour le Millénaire, les objectifs du Sommet des Amériques, et le Plan stratégique de l'OPS pour 2003–2007, a suggéré qu'il pourrait être utile que le Secrétariat prépare un graphique composé montrant côte à côte les divers objectifs, et indiquant les liens entre ces objectifs et entre les objectifs et la politique budgétaire.

162. Le Docteur Sealey a remercié le Sous-Comité de ses commentaires, et a indiqué qu'elle les transmettrait au Groupe consultatif ainsi qu'au groupe de travail interne qui rédigerait la proposition de politique budgétaire. La suggestion relative à la préparation d'un graphique montrant les divers objectifs et les différentes missions était, d'après elle, tout à fait excellente, car cela permettrait au groupe d'identifier clairement quels étaient les objectifs et dans quelle mesure ils étaient couverts. Elle était également d'accord sur le fait qu'il serait important que le Groupe consultatif dispose des avis du Groupe de travail sur l'OPS au 21^e siècle ; toutefois, étant donné que les travaux de ce dernier groupe ne faisaient que démarrer, ces données ne seraient pas disponibles immédiatement.

163. S'agissant des commentaires sur la coopération technique entre les pays, elle a noté que le Groupe consultatif, bien qu'il vienne tout juste d'entamer son examen de cette question, avait signalé qu'il était nécessaire que cette coopération devienne davantage la norme plutôt qu'un projet au sein de l'Organisation. En ce qui concernait les commentaires sur l'Indice de développement humain, comme l'indiquait le rapport du Groupe consultatif, son utilisation présentait quelques inconvénients — par exemple, le fait que le classement des pays avait tendance à changer fréquemment et parfois considérablement. Toutefois, comme elle l'avait dit, elle transmettrait cette suggestion ainsi que la suggestion relative à la mobilisation de ressources supplémentaires au Groupe consultatif. Elle-même, ainsi que les autres membres du Secrétariat participant au processus de révision de la politique budgétaire, se réjouissaient à la perspective de continuer à travailler avec les États Membres sur cette initiative.

164. Se faisant l'écho du commentaire du Docteur Sealey, le Directeur a encouragé davantage de pays à prendre part à la révision de la politique budgétaire. La participation des pays invités à faire partie du Groupe consultatif s'était avérée très fructueuse, mais une participation plus large était souhaitable, non seulement afin de mener à bien les travaux dans les meilleurs délais mais aussi pour tirer parti de l'expérience des experts du budget des autres États Membres de l'OPS.

165. Elle a souligné que l'accent mis sur les pays envisagé lors des discussions sur la nouvelle politique budgétaire n'était pas nouveau pour l'OPS. Comme s'en souviendraient les membres, dans le budget approuvé l'année précédente, l'allocation combinée aux pays — y compris les programmes pays et les centres régionaux, qui se situaient dans les pays — s'était montée à 60 %. Et bien que la politique budgétaire actuelle stipule une allocation d'au moins 35 % du budget total aux programmes pays, en fait un pourcentage nettement plus élevé que ce chiffre leur était alloué depuis des années. En outre, le budget pour les programmes régionaux comprenait un financement pour de nombreux postes régionaux qui se situaient en fait dans les pays, et non au siège de l'OPS, car l'OPS, à la différence de l'OMS, était décentralisée depuis plus de 20 ans.

166. Elle estimait que la nouvelle politique budgétaire régionale pourrait faire office de modèle pour le reste de l'Organisation mondiale de la santé, comme cela avait été le cas de tant d'initiatives et activités de l'OPS, tant dans le domaine technique que de l'administration, des finances et de la comptabilité, de la planification et programmation, et du suivi et évaluation. C'était pourquoi elle espérait que les États Membres partageraient leurs compétences de budgétisation afin de produire une politique budgétaire régionale qui permettrait non seulement d'améliorer le travail de l'OPS dans la Région mais apporterait aussi un élan à d'autres régions et à l'OMS dans son ensemble.

167. S'agissant des critères pour l'affectation des ressources budgétaires, l'une des considérations qui devait être prise en compte était que, comme l'avait montré l'édition de 2002 de *Health in the Americas*, les résultats de la santé étaient meilleurs lorsque les pays étaient équitables, qu'ils soient riches ou pauvres. C'était pourquoi un pays pauvre qui était équitable pouvait enregistrer de meilleurs résultats qu'un pays riche inéquitable, mais il aurait néanmoins encore besoin d'un soutien durable pour préserver ses acquis. Il était donc important, au moment de choisir les indicateurs, de ne pas pénaliser les pays pauvres mais équitables pour leurs efforts et leurs réussites sur le plan de la santé, de même qu'il était tout aussi important de protéger les gains du passé.

168. En ce qui concernait la coopération technique entre les pays, le Secrétariat serait ravi de préparer une présentation spéciale sur l'expérience de ces 20 dernières années pour le Comité exécutif. Un document intitulé « Coopération technique entre les pays : Panaméricanisme au 21e siècle » (document CSP25/9) avait établi une série de principes,

valeurs et méthodologies pour la coopération horizontale dans la Région, qui avaient été avalisés par les États Membres en 1998. Le document continuait d'être utilisé par les gouvernements dans toute la Région comme guide pour la coopération horizontale. Le fonds pour la coopération technique entre les pays avait augmenté au cours de chaque période biennale et se montait actuellement à près de 4 millions de dollars, et il avait produit d'excellents résultats. Un exemple significatif en était la coopération horizontale entre le Brésil et les pays andins qui avait été mentionnée lors de la discussion précédente sur le VIH/SIDA.

Stratégie pour augmenter le taux de recouvrement des contributions (document SPP38/11)

169. Mme Sharon Frahler (Chef de secteur, Gestion financière et communication de données, OPS) a donné un bref aperçu des initiatives actuellement mises en œuvre par le Directeur en réponse aux préoccupations exprimées par les États Membres lors de la 44e réunion du Conseil directeur en 2003. Le recouvrement global des quotes-parts pour l'exercice financier 2002–2003 s'est monté au total à 172 millions de dollars, soit un montant supérieur à celui recouvré au cours de chacune des périodes biennales précédentes, pour lesquelles les chiffres avaient été de 168,2 millions de dollars pour 2000–2001, 169,1 millions de dollars pour 1998–1999, et 160 millions de dollars pour 1996–1997. Les quotes-parts reçues au 24 mars 2004 se montaient à 8,9 millions de dollars, y compris un paiement de 5,7 millions de dollars du Gouvernement du Venezuela.

170. L'OPS s'était engagée à améliorer le taux de recouvrement, à cette fin, le Directeur avait instauré plusieurs stratégies. La plus visible était l'inclusion du rapport « Contributions aux quotes-parts non réglées par les États Membres » à la fois sur le site Internet de l'OPS et sur son Intranet, ce qui signifiait que toute personne concernée pouvait examiner la situation des impayés et remédier à tout arriéré de paiement dans les meilleurs délais. Dans le cadre d'une autre initiative, conformément aux recommandations des représentants de l'OPS/OMS et des directeurs des centres régionaux de l'OPS, le Directeur soumettrait à la prochaine session du Comité exécutif une proposition d'amendement aux Réglementations financières qui permettrait le paiement des contributions en monnaie locale. Cela faciliterait le paiement dans les délais de la part de nombreux États Membres dont la situation rendait les paiements en dollars des États-Unis difficile.

171. D'autres initiatives visaient à encourager les paiements par versements échelonnés sur tout l'exercice financier pour les États Membres qui avaient des difficultés à acquitter leur quote-part en un paiement unique, et à encourager les discussions sur les quotes-parts à tous les niveaux et à chaque occasion. Bien d'autres initiatives étaient en cours afin de répondre aux attentes des États Membres, et le

message du Directeur à tout le personnel de l'OPS avait été que le fait d'assurer le paiement intégral et dans les délais des contributions des États Membres faisait partie intégrante de la responsabilité des hauts responsables de l'ensemble de l'Organisation.

172. Le Sous-Comité s'est réjoui de ce rapport faisant le point sur les efforts déployés en vue d'accroître le taux de recouvrement des quotes-parts. On a souligné que certains pays avaient des exercices budgétaires qui ne correspondaient pas à l'année civile. Dans plusieurs cas, l'exercice démarrait en avril, ce qui pouvait expliquer pourquoi les chiffres actuels, au mois de mars, faisaient apparaître un niveau aussi bas de recouvrements pour 2004. Un complément d'informations a été demandé sur les difficultés rencontrées par les pays pour effectuer leurs paiements, les raisons qui poussaient à autoriser les paiements en monnaie locale, et les mesures envisagées pour se prémunir contre les risques de change.

173. Mme Frahler a reconnu que certains pays avaient des exercices budgétaires différents de l'année civile, y compris, par exemple, le Canada et les États-Unis. L'OPS savait qu'elle pouvait compter sur l'arrivée des quotes-parts de ces deux pays en temps opportun dans l'année, et leur en savait gré. La raison qui amenait à permettre les paiements en monnaie locale tenait à un problème qui se produisait dans certains pays entre le ministère de la santé et le ministère responsable du Trésor. Dans de nombreux cas, la quote-part de l'OPS était comprise dans le budget du ministère de la santé, et les ministères étaient en mesure de mettre de côté les montants nécessaires pour payer ces quotes-parts, mais il se produisait un goulet d'étranglement lorsqu'ils demandaient à acheter les dollars des États-Unis nécessaires au Trésor, du fait que le Trésor devait équilibrer ses entrées et ses sorties de devises. Comme les ministères de la santé le lui avaient expliqué, s'ils étaient autorisés à payer leurs quotes-parts en monnaie locale, ils seraient en mesure de le faire par versements échelonnés tout au long de l'année.

174. S'agissant du risque du change, elle a expliqué que deux mesures de sauvegarde seraient instaurées. Premièrement, un pays souhaitant payer en monnaie locale devrait confirmer auprès de l'OPS si des paiements dans cette monnaie étaient en fait acceptables. Deuxièmement, le montant requis en monnaie locale serait détenu au bureau local de l'OPS pendant 30 jours, dans la mesure où on pouvait supposer que le risque de change demeurerait raisonnablement stable pendant cette période. Après quoi, le paiement serait transféré sur le compte de l'OPS à Washington, et le pays serait crédité du montant en dollars effectivement reçu sur le compte. Elle a déclaré que ces deux mesures de sauvegarde seraient expliquées plus en détail à la prochaine réunion du Comité exécutif.

175. Le Directeur a précisé que la question de l'augmentation du taux de recouvrement avait été discutée à plusieurs reprises par les instances dirigeantes, et avait fait l'objet de deux résolutions. En réponse à la question sur les raisons des difficultés de paiement que rencontraient les États Membres, elle a indiqué qu'un questionnaire avait été envoyé en vue de déterminer quelles étaient ces difficultés. Elle a noté également que la quasi totalité des institutions du système des Nations Unies, y compris l'OMS, acceptaient les paiements en monnaie locale. L'OPS faisait figure d'exception, bien que l'Organisation accepte les règlements en monnaie locale pour les paiements autres que ceux dus au titre des quotes-parts — par exemple pour le Fonds renouvelable pour l'acquisition de vaccins. Il était bien entendu essentiel de protéger l'Organisation contre le risque de change, mais elle était convaincue qu'une gestion financière prudente et une vigilance poussée de la part du personnel des finances du Secrétariat permettraient effectivement de se protéger contre ce risque.

Onzième programme général de travail de l'OMS (document SPP38/9)

176. Le Docteur Daniel López-Acuña (Directeur de la gestion des programmes, OPS) a souligné que la session du SPP offrait une bonne occasion d'informer rapidement les États Membres des progrès accomplis dans l'élaboration du Onzième programme général de travail de l'OMS et de connaître leur avis dans les premières phases du processus. Au lieu des cinq années habituelles, le Onzième programme général de travail couvrirait la période allant de 2006 à 2015. Une autre innovation tenait à la décision de faire en sorte que la préparation du Programme soit un processus très participatif, avec de nombreuses consultations. En conséquence, plutôt que de l'élaborer à la hâte pour l'approuver en 2005, on prévoyait que le Onzième programme général de travail serait soumis à l'Assemblée mondiale de la santé en 2006.

177. Mme Namita Pradham (Directrice, Planification, Coordination des ressources, et Suivi de la performance, OMS) a fait remarquer que le Sous-Comité était l'une des premières institutions officielles à examiner la question de l'élaboration du Onzième programme général de travail. Il convenait de les féliciter d'avoir une telle perspective à long terme. Elle a souligné que les informations qu'elle présentait sur le Programme représentaient la réflexion initiale en la matière et étaient tout à fait susceptibles d'évoluer. Bon nombre de questions faisaient encore l'objet de discussions, et l'OMS attendait les avis des comités régionaux. Rappelant que la Constitution de l'OMS stipulait qu'il devait y avoir un programme général de travail mais n'en spécifiait pas la durée, elle a déclaré qu'il semblait logique d'allonger le Onzième programme général de travail, afin que sa conclusion en 2015 coïncide avec la date cible fixée pour la réalisation des Objectifs de développement pour le Millénaire liés à la santé.

178. Elle a expliqué que le Programme adopterait une approche stratégique sur le monde, en adoptant une perspective plus large qu'à l'accoutumée sur la place accordée à la santé, reflétant ainsi le lien entre la santé et le développement, la santé et la sécurité nationale, la santé et la politique étrangère, etc. Dans la mesure où on ne pouvait pas prévoir quelle serait la situation dans le monde dans 10 ans, le programme examinerait différents scénarios. Ainsi, il devait s'agir d'une feuille de route des différentes voies pour la santé, et non d'une nouvelle vision grandiose pour l'OMS. Il soulèverait des questions, mais il ne pourrait peut-être pas apporter toutes les réponses. Le programme général de travail devait être élaboré en deux phases distinctes : la première pourrait être décrite comme la phase divergente — une phase de compilation d'informations et d'avis des pays et des régions— qui durerait jusque vers la fin de 2004. La deuxième phase serait un processus convergent d'utilisation de ces données dans le cadre d'ateliers et de groupes de réflexion, d'où émergerait la version finale du programme général de travail. Les grandes lignes d'une version préliminaire (document SPP38/9, annexe) avaient été distribuées, bien qu'on ait de nouveau travaillé dessus depuis lors.

179. Après quelques explications en guise d'introduction, dans sa Partie I, le programme général de travail examinerait la situation actuelle dans le monde et la situation de la santé. Il considérerait la santé comme une question importante en tant que telle mais examinerait aussi les synergies et les impacts entre la santé et le programme de développement au sens plus large. Les questions qui feraient l'objet d'un examen détaillé comprenaient, par exemple les points suivants : quelle était l'incidence du VIH/SIDA sur le développement dans les sociétés ; la sécurité humaine et la nécessité de la santé au-delà des frontières ; et la remise en cause de la place occupée par la santé dans le programme de développement. Le Programme examinerait aussi les déterminants passés et présents de la santé, puis, dans la Partie II, examinerait les scénarios futurs possibles.

180. Elle a souligné que les idées pour la Partie II n'en étaient qu'à un stade très préliminaire, l'OMS souhaitant vivement obtenir les commentaires et avis des Régions. Premièrement, la Partie II examinerait un scénario stable, qui conserverait le processus de planification en place et les tendances actuelles. Il examinerait ensuite les perspectives futures moins sûres, caractérisées par de plus grandes variations que ce qui était normalement prévu et par des environnements évolutifs et de nouvelles technologies qui poseraient des défis différents et nouveaux et exigeraient de nouveaux modes de fonctionnement. Finalement, il examinerait les scénarios possibles à la suite de changements véritablement radicaux, qu'ils soient négatifs (effondrement des économies ou nouveaux conflits armés, par exemple) ou positifs (tels que la découverte d'un vaccin contre le VIH/SIDA ou une croissance économique rapide). Dans chacun de ces scénarios, les questions auxquelles il faudrait trouver une réponse auraient trait à l'impact des changements sur la santé et au rôle de premier plan de l'OMS, au rôle des pays, aux relations de l'OMS avec les gouvernements, etc. Il y aurait également un chapitre sur les engagements et les réponses à l'échelle internationale. Étant donné que l'OMS participait

actuellement à quelque 70 partenariats, il était nécessaire de déterminer comment ces partenariats pourraient fonctionner plus efficacement, quelle était la contribution de l'OMS à chacun de ces partenariats et ce qu'apporteraient les autres partenaires.

181. En résumé, l'intention était, dans un premier temps, de recueillir des données et, deuxièmement, de déterminer comment utiliser au mieux ces données pour la planification, le positionnement et le développement futurs de l'OMS. Ce processus servirait à mettre l'accent sur les questions, tout en reconnaissant qu'elles étaient nombreuses à ne pas trouver de réponse. L'OMS ne pouvait pas prévoir, bien entendu, l'évolution des 10 prochaines années, mais elle pouvait se préparer à changer de cap et anticiper les besoins. Le Programme lui offrait le cadre nécessaire pour cela.

182. Le Sous-Comité a salué la présentation sur le programme général de travail et, en particulier, l'intention de l'OMS de faire en sorte que le processus d'élaboration de ce programme soit participatif. Il s'est également déclaré satisfait de la division de l'élaboration du Programme en deux phases : la phase divergente et la phase convergente, ce qui permettrait de s'assurer que les régions, qui auraient la possibilité de faire part de leur avis, considéreraient le programme général de travail non seulement comme le programme de l'OMS mais aussi comme leur propre programme. On a souligné que les enseignements tirés des programmes de travail précédents devraient être appliqués pour la planification du Onzième programme général de travail et que le programme dans son ensemble devrait reposer sur des éléments de preuves et être axés sur les données.

183. Reconnaissant que la préparation du programme général de travail constituait une occasion unique d'évaluer les tendances dans le domaine de la santé et d'identifier les défis futurs de la santé, le Sous-Comité a jugé très positif que le Programme étudie les liens entre la santé, la pauvreté et le développement, ainsi que l'impact du commerce sur la santé et les incidences négatives éventuelles de la mondialisation sur la santé. Il a été noté que, alors que la Partie I de la version préliminaire mettait l'accent sur l'environnement mondial de la santé et sur les principaux défis et priorités pour l'action internationale, elle couvrait moins les véritables priorités, orientations stratégiques et objectifs de l'OMS, et le rôle, les opportunités et l'avantage comparatif de l'OMS n'étaient pas clairement définis. On a suggéré que la section sur les « principaux enjeux » du document, au lieu de se concentrer sur les problèmes et les points négatifs, devrait accorder plus d'attention aux opportunités clés et aux domaines où l'OMS pourrait jouer un rôle de premier plan pour faire la différence. Il a aussi été suggéré que cette même section devrait davantage mettre l'accent sur la coopération intersectorielle. En outre, des éclaircissements ont été demandés sur le rôle clé de l'OMS dans ses partenariats.

184. Notant que la version préliminaire évoquait l'éventuelle nécessité de redéfinir les fonctions essentielles de l'OMS, le Sous-Comité a appelé à la prudence, étant donné qu'un réexamen très complet des fonctions essentielles de l'Organisation avait déjà eu lieu très récemment, en 1999. Le Sous-Comité était fortement favorable à la fois à des objectifs mesurables et à une fonction de surveillance et d'évaluation, mais souhaitait obtenir des éclaircissements sur la façon dont cette fonction serait intégrée dans la discussion à proprement parler à mesure que le programme général de travail était élaboré. De plus, on souhaitait obtenir davantage d'informations sur le calendrier pour les phases convergente et divergente.

185. Mme Pradham a déclaré que l'OMS avait tout à fait l'intention de tirer les leçons des succès et échecs passés, et notamment de l'ampleur des progrès réalisés sur la voie de la Santé pour tous. L'Organisation était tout à fait consciente que de nombreux objectifs avaient été fixés au fil des ans, et qu'il était important d'examiner lesquels avaient ou n'avaient pas été atteints et quelles étaient les raisons des échecs. Cet examen s'inscrirait dans la partie analytique du Programme. Sur la question de l'évaluation et des objectifs mesurables, elle a déclaré qu'il serait peut-être nécessaire de procéder à une revue, peut-être à l'issue de cinq années de Programme, afin de déterminer dans quelle mesure les stratégies adoptées fonctionnaient. S'agissant du rôle de l'OMS dans les partenariats, elle a noté qu'une réflexion plus poussée était nécessaire sur cette question et a suggéré que cela pourrait être le thème de l'un des ateliers organisés dans les régions.

186. En réponse à la question sur le calendrier, elle a expliqué qu'il était prévu de produire d'ici mai 2004 un document un peu plus élaboré que la version préliminaire actuelle, qui présenterait les grandes lignes du processus d'élaboration du programme général de travail, ainsi qu'un bref sommaire. Cela serait soumis à la 114^e session du Conseil exécutif de l'OMS. En juin 2004, un court document serait distribué aux Comités régionaux, afin qu'il soit possible de recevoir leurs commentaires d'ici septembre, et le document serait alors transmis aux Directeurs généraux adjoints, aux Directeurs de la gestion du programme et aux Directeurs régionaux pour une nouvelle série de commentaires. Un nouveau sommaire serait soumis à la 115^e session du Conseil exécutif. La première version intégrale du Programme serait préparée vers avril 2005 et serait distribuée aux Comités régionaux en septembre. Elle serait alors soumise au Conseil exécutif en janvier 2006 et à l'Assemblée en mai 2006.

187. Le Directeur a considéré qu'il était très important pour la Région d'avoir la possibilité de participer dès que possible à la préparation du Programme de travail. C'était un sujet important et qui figurerait certainement encore à l'ordre du jour du Sous-Comité en 2005 et 2006. En outre, les Membres du Sous-Comité avaient la possibilité de faire connaître leurs vues non seulement lors de l'Assemblée mondiale de la santé mais aussi

— dans le cas de certains pays — en tant que membres du Conseil exécutif. Les membres auraient ainsi amplement l'occasion de faire partager leurs réflexions et opinions.

188. Les Objectifs de développement pour le Millénaire conféraient une mission importante à l'OMS pour travailler selon un cycle plus long qu'à l'accoutumée et énonçaient également des lignes directrices pour orienter à la fois les activités de l'OPS et de l'OMS. Comme le remarquerait le Sous-Comité lorsqu'il examinerait le budget pour 2006–2007, ce travail était effectué de façon en étroite collaboration, et débouchait sur des synergies très utiles en termes de résultats de santé.

Questions diverses

Rapport du Groupe de travail sur l'OPS au 21e siècle

189. L'Honorable Jerome Walcott (Barbade, Président du Groupe de travail sur l'OPS au 21e siècle) a présenté un rapport sur les progrès du Groupe de travail créé en vertu de la Résolution CD44.R.14 du Conseil directeur afin de passer en revue la situation de l'OPS au 21e siècle. Le Groupe de travail a tenu sa première réunion à Roseau (Dominique), les 26 et 27 février 2004. Outre l'Argentine, la Barbade, le Costa Rica et le Pérou, les quatre États Membres désignés par le Comité exécutif en tant que membres du Groupe de travail, les États Membres suivants étaient représentés : Antigua-et-Barbuda, les Bahamas, le Chili, la Dominique, la France, le Mexique, les États-Unis d'Amérique et l'Uruguay. L'Organisation mondiale de la santé et l'Association d'Amérique latine et des Caraïbes pour l'Éducation dans la santé publique avaient aussi été représentées.

190. Conformément à la Résolution CD44.R14, le Groupe de travail avait décidé de son propre mandat, sur la base d'une proposition formulée par le Président du Comité exécutif. Ce mandat identifiait six grands points devant être examinés par le Groupe de travail : 1) les défis de la santé publique dans les Amériques au cours des prochaines années ; 2) le caractère évolutif des partenariats et des alliances du développement international de la santé se rapportant au rôle de l'OPS ; 3) les biens de santé publique régionaux et mondiaux au 21e siècle et leurs liens avec le mandat de l'OPS ; 4) les modalités de la coopération technique dans la santé ; 5) la gouvernance de l'OPS ; et 6) les ressources pour la santé. Dans le cadre de chacun de ces six points, le Groupe de travail avait identifié plusieurs éléments devant être examinés.

191. Le Groupe de travail a aussi élaboré un projet de plan de travail lors de sa première réunion, étant entendu qu'il serait parachevé lors de la deuxième réunion qui s'est tenue le 23 mars 2004. Conformément au plan décidé lors de cette deuxième réunion, entre mars et la fin mai 2004, chacun des quatre pays membres du Groupe de travail désignés par le Comité exécutif préparerait une analyse préliminaire pour l'un des

points du mandat : le caractère évolutif des partenariats et des alliances du développement international de la santé se rapportant au rôle de l'OPS serait analysé par le Pérou ; les biens de santé publique régionaux et mondiaux au 21^e siècle et leurs liens avec le mandat de l'OPS, par l'Argentine ; les modalités de la coopération technique dans la santé, par le Costa Rica ; et la gouvernance de l'OPS, par la Barbade. Ces quatre États Membres dirigeraient le processus, mais demanderaient l'appui du Secrétariat de l'OPS et des représentants de l'OPS/OMS dans leurs pays, ainsi que d'autres sources qu'ils jugeraient appropriées. Lors de la première réunion du Groupe de travail, le Secrétariat de l'OPS avait été chargé de rédiger l'analyse préliminaire sur la question des défis de la santé publique dans les Amériques au cours des prochaines années. L'analyse préliminaire des ressources de la santé inclurait deux volets, l'un relatif aux ressources financières de l'OPS et l'autre aux ressources pour la santé dans les pays. Le Groupe consultatif sur la politique budgétaire régionale serait invité à se charger de cette analyse et, comme cela avait été suggéré en début de semaine, à assurer la liaison avec le Groupe de travail dans ce domaine.

192. Les six analyses préliminaires seraient envoyées à tous les États Membres pour commentaires, et les avis reçus seraient inclus dans le rapport de situation qui serait présenté au Comité exécutif en juin 2004. Un budget pour le Groupe de travail, devant être préparé par le Secrétariat, serait aussi présenté à ce moment là. Le Groupe de travail tiendrait sa prochaine réunion à l'occasion de l'Assemblée mondiale de la santé à Genève en mai 2004. Le Secrétariat de l'OPS prendrait des dispositions pour la réunion et informerait les États Membres de la date et du lieu exacts.

193. Le Sous-Comité a remercié le Groupe de travail pour son rapport et s'est réjoui à la perspective de pouvoir faire des commentaires sur les six analyses préliminaires. En réponse à une question de l'un des délégués, le Président a précisé que les analyses seraient diffusées et que les commentaires seraient reçus par voie électronique, mais que des copies sur papier de tous les documents seraient aussi disponibles. Le Secrétariat indiquerait aux Membres comment y avoir accès et comment soumettre leurs commentaires.

194. Le Directeur a remercié le Gouvernement de la Dominique d'avoir accueilli la réunion. Elle a noté qu'un certain nombre de pays avaient été représentés lors de la première réunion du Groupe de travail par leurs ministres de la santé, ce qui témoignait de l'intérêt que portaient les États Membres au futur de l'Organisation. Elle-même et son personnel étaient reconnaissants à tous ceux qui y avaient participé d'avoir pris le temps, en dépit de leurs programmes de travail chargés, de contribuer aux travaux du Groupe. Elle a assuré au Sous-Comité que le Secrétariat continuerait à apporter tout le soutien ou tous les services demandés par le Groupe de travail.

195. Le Président a félicité le Secrétariat pour l'intérêt qu'il portait aux activités du Groupe de travail et pour le soutien qu'il apportait au processus, dont il estimait que les résultats seraient importants non seulement pour les activités futures de l'OPS mais aussi pour le Onzième programme général de travail de l'OMS.

Présentation du Secrétariat faisant le point sur les événements récents et d'autres questions présentant un intérêt pour le Sous-Comité

196. Le Directeur a informé le Sous-Comité des résultats d'une conférence qui s'était tenue récemment sur la fièvre aphteuse ainsi que sur la situation de trois centres régionaux : l'Institut panaméricain pour la protection alimentaire et la lutte contre les zoonoses (INPPAZ), le Centre d'épidémiologie des Caraïbes (CAREC), et le Centre panaméricain de la fièvre aphteuse (PANAFTOSA).

197. En ce qui concernait INPPAZ, elle a déclaré que, compte tenu de la crise financière actuelle, le Gouvernement argentin, le pays hôte de l'Institut, n'avait pas été en mesure de tenir ses engagements financiers tels que stipulés aux termes de l'accord constitutif de l'INPPAZ. Le Secrétariat avait exercé sa prérogative d'avancer les ressources nécessaires pour le fonctionnement de base de l'Institut, mais la dette cumulée se montait maintenant à près de 1,5 million de dollars. En conséquence, le 5 février 2004, elle avait envoyé une lettre au Ministère de la Santé et au Ministère de l'Agriculture, qui étaient conjointement responsables de l'INPPAZ, les informant que si le Gouvernement argentin ne pouvait pas assurer rapidement le paiement correspondant au moins aux paiements biannuels minimum nécessaires pour couvrir les dépenses d'exploitation, l'Organisation serait contrainte de fermer l'Institut. Lors d'une réunion qui s'était tenue le 16 mars avec des responsables du Secrétariat et le Directeur de l'INPPAZ, les autorités argentines avaient exprimé leur souhait de maintenir l'Institut et s'étaient engagées à payer, d'ici le 30 mai, les 250 000 dollars requis pour le deuxième semestre. Elles avaient aussi accepté de formuler un plan ou une proposition pour liquider le reste de la dette d'ici la fin de 2004. Toutefois, l'accord entre le Secrétariat et le Gouvernement d'Argentine stipulait que les paiements biannuels correspondant aux dépenses d'exploitation devaient être versés sur une base anticipée avant chaque période de six mois, et si ces paiements n'étaient pas reçus l'Organisation serait tenue de prendre des dispositions pour fermer l'Institut.

198. S'agissant du CAREC, elle a indiqué que le Centre avait été établi en 1964 dans le cadre d'un accord multilatéral entre l'OPS et les gouvernements de la Sous-Région des Caraïbes, qui avait été renouvelé périodiquement au fil des ans. L'accord actuel expirerait à la fin de 2005. Le Conseil directeur du CAREC, qui était composé des pays membres du Centre, examinerait la question du renouvellement de l'accord lorsqu'il se réunirait en avril 2004. Toutefois, au cours d'une visite au Secrétariat du CARICOM en février 2004, elle avait été informée par le Secrétaire général que le CARICOM avait l'intention

d'entamer des discussions avec les gouvernements des Caraïbes sur la possibilité d'établir de nouvelles relations entre le CAREC et l'OPS, qui aboutiraient à l'autonomie du Centre. La question devait être soulevée à l'occasion de la 15^e réunion intersessions de la Conférence des Chefs de Gouvernement du CARICOM à la fin mars ainsi qu'à la session du Conseil du CARICOM pour le développement humain et social en avril 2005. Elle avait écrit au Secrétaire général pour l'informer qu'aux termes de l'accord multilatéral entre les Gouvernements membres du CAREC et l'Organisation, auquel ni le CARICOM ni le Secrétariat du CARICOM n'étaient parties, tout changement dans le statut du Centre devrait être soumis aux Instances dirigeantes de l'OPS.

199. De plus, le CARICOM avait l'intention de mener une évaluation de la situation des divers centres régionaux du domaine de la santé, y compris le CAREC et le Centre des Caraïbes pour l'alimentation et la nutrition (CFNI). L'OPS était représentée au comité directeur pour l'évaluation par le Docteur Karen Sealey. Par ailleurs, dans le cadre de la revue de l'accord multilatéral quinquennal, elle avait décidé que l'Organisation devrait entreprendre une évaluation de la situation organisationnelle et de gestion actuelle et de la gouvernance du CAREC, ainsi que de ses relations avec les bailleurs de fonds et avec ses partenaires et alliés stratégiques. Cette évaluation, qui examinerait aussi la performance et la situation financière du Centre, serait prise en compte pour le renouvellement de l'accord multilatéral et serait présentée au Conseil directeur du CAREC au début avril.

200. Elle souhaitait souligner que, comme elle l'avait dit au Secrétaire général du CARICOM, l'OPS avait exercé sa responsabilité fiduciaire, administrative et de supervision pour le CAREC au cours des 28 années précédentes en vue de rendre sa structure et sa gestion optimales pour satisfaire aux besoins de la Sous-Région des Caraïbes. En tant que Directeur de l'OPS et ancien membre du personnel du CAREC, elle s'était engagée fermement à ce que le Centre, nonobstant tous changements apportés à son cadre institutionnel, continue à répondre de façon appropriée aux besoins de ses membres.

201. S'agissant de PANAFTOSA, cette institution était aussi dans une situation financière critique, du fait que le Ministère de l'Agriculture du Brésil, qui était responsable de couvrir les coûts de soutien local du fonctionnement du Centre, n'avait pas payé dans les délais. Elle avait écrit pour informer le Gouvernement du Brésil qu'à moins que l'Organisation ne commence à recevoir les paiements anticipés correspondant aux dépenses d'exploitation de chaque semestre, elle serait tenue de prendre des dispositions pour fermer le Centre.

202. Passant à la question de la Conférence hémisphérique sur l'éradication de la fièvre aphteuse (FMD), elle a indiqué que 174 participants de 21 pays des Amériques et d'autres régions avaient participé à cette conférence, qui s'était tenue à Houston (Texas), du 2 au 4 mars 2004. La conférence avait été organisée conjointement par l'OPS et le Département de l'Agriculture des États-Unis, aux termes d'une résolution du Comité hémisphérique pour l'éradication de la fièvre aphteuse (COHEFA), qui avait été avalisée par le Conseil directeur en 2003. Elle a exprimé sa gratitude au Gouvernement des États-Unis pour avoir accueilli la conférence qui avait pour principal objectif de favoriser une plus grande prise de conscience et de forger une alliance panaméricaine avec toutes les parties prenantes, privées et publique, participant à la chaîne de production de bétail afin de combiner les forces et d'éradiquer la fièvre aphteuse de la Région.

203. Cette Conférence a eu pour principal résultat la Déclaration de Houston, qui reconnaissait que les pays des Amériques avaient une fenêtre d'opportunité historique pour débarrasser la Région une fois pour toute de la fièvre aphteuse. La Déclaration a établi un groupe de travail régional interinstitutionnel au sein du COHEFA, avec la participation du secteur public et privé, qui serait chargé de préparer, de superviser, et d'exécuter le Projet régional pour la Phase finale de l'éradication de la fièvre aphteuse des Amériques. Elle était heureuse de déclarer que les activités du groupe de travail progressaient rapidement.

204. Enfin, elle souhaitait attirer l'attention du Sous-Comité sur la situation de la Convention cadre sur le contrôle du tabac, adoptée par les États Membres lors de l'Assemblée mondiale de la santé en mai 2003. À ce jour, seulement 17 pays de la Région avaient signé la Convention et aucun ne l'avait ratifiée. Elle encourageait les pays à ne pas relâcher leurs efforts après avoir pris un engagement relatif à un processus si important.

205. Le Sous-Comité a remercié le Directeur d'avoir fait le point sur la situation financière des trois centres et lui a demandé de présenter un rapport plus complet au Comité exécutif en juin, y compris, spécifiquement, les résultats de l'évaluation du CAREC et l'autre centre des Caraïbes ainsi que les résultats de toutes conversations qui pourraient déboucher sur un changement de l'accord multilatéral. Il a été suggéré qu'il pourrait être approprié et opportun pour les Instances dirigeantes d'entreprendre une étude approfondie de tous les centres panaméricains régionaux, en examinant non seulement leur situation financière mais aussi leurs rôles et leurs mandats. Étant donné que les conditions dans la Région avaient considérablement changé depuis le moment où bon nombre de centres avaient été établis, le moment était peut-être venu de réévaluer les raisons de leur existence et de déterminer si ces centres demeuraient la modalité la plus appropriée pour apporter une coopération technique dans le contexte actuel.

206. Le Délégué de l'Argentine a assuré le Directeur et le Sous-Comité de l'intention de son Gouvernement de s'acquitter de ses obligations financières envers l'Organisation, y compris non seulement ses engagements financiers envers l'INPPAZ mais aussi sa quote-part à l'OPS. S'agissant du CAREC, les Membres ont souligné le rôle important qu'avait joué le Centre par le passé et se sont déclarés favorables à son maintien et à son développement durable à l'avenir.

207. Pour ce qui est de la Convention cadre sur le contrôle du tabac, le Délégué du Canada a noté que son pays avait joué un rôle de premier plan dans le domaine des efforts déployés à l'échelle internationale pour contrôler le tabac et appuyait fermement la Convention. Le Canada engageait instamment les États Membres des Amériques à prendre des mesures pour ratifier la Convention dans les meilleurs délais.

Autres questions soulevées par les États Membres

208. Les Délégués du Canada et des États-Unis ont noté que les documents pour la session avaient été distribués très tardivement et ont invité instamment le Secrétariat à s'assurer que les documents des sessions futures des Instances dirigeantes seraient disponibles bien avant la réunion afin que les États Membres aient suffisamment de temps pour les faire circuler pour connaître les commentaires et les avis des divers organismes au sein de leurs gouvernements. Le Délégué du Canada a demandé une fois encore que tous les documents incluent des informations budgétaires, y compris des informations sur les ressources financières et humaines consacrées aux programmes et activités spécifiques.

209. Le Délégué du Canada a également demandé si le Secrétariat prévoyait d'ajouter des points de fond — excepté ceux qu'avait examinés le Sous-Comité — à l'ordre du jour du Comité exécutif. Il a demandé des présentations actualisées sur deux questions spécifiques : l'agenda commun OPS/BID/Banque mondiale pour la santé dans les Amériques et le Plan d'action du Sommet des Amériques. S'agissant de l'Agenda commun, les États Membres n'avaient pas entendu grand-chose sur le type de collaboration qui avait eu lieu dans les quatre domaines prioritaires identifiés dans l'accord. Le Canada considérait que l'Agenda commun était une modalité importante pour la collaboration et la coopération dans les Amériques et apprécierait d'être tenu informé des progrès, notamment dans le domaine de la santé et de l'environnement. En ce qui concernait le Plan d'action du Sommet des Amériques, le Canada souhaitait s'assurer que l'OPS continuait à jouer un rôle de premier plan dans le processus du Sommet en soulignant que les pays se devaient de tenir les engagements qu'ils avaient pris et en faisant rapport sur la situation des activités dans les quatre domaines prioritaires relatifs à la santé identifiés dans le Plan d'action adopté lors du troisième Sommet des Amériques, qui s'était tenu dans la ville de Québec en 2001.

210. Le Délégué des États-Unis a exprimé son appréciation au Directeur pour avoir joué un rôle décisif pour faire figurer les questions de santé au premier plan de la scène régionale grâce aux célébrations prévues pour la Journée mondiale de la santé et, en particulier, la Semaine de la santé dans les Amériques.

211. Le Directeur a indiqué qu'à l'exception d'un rapport de situation officiel du Groupe de travail sur l'OPS au 21e siècle, le Secrétariat n'avait pas prévu d'ajouter d'autres points de fonds à l'ordre du jour du Comité exécutif; cet ordre du jour contiendrait toutefois les rapports des divers comités et les questions administratives et financières examinées normalement par le Comité. En outre, le Secrétariat ferait le point sur la question des centres régionaux et sur les autres points demandés par le Sous-Comité.

212. En répondant, à la demande du Directeur, aux commentaires relatifs à l'Agenda commun et au Plan d'action du Sommet des Amériques, le Docteur Daniel López-Acuña (Directeur de la Gestion des programmes, OPS) a rappelé qu'au cours de la session de juin du Comité exécutif de l'année précédente, le Secrétariat avait organisé une séance d'information sur les divers sommets, y compris le Sommet des Amériques. Une séance de ce type serait organisée en juin 2004, et le Secrétariat présenterait des informations détaillées sur le suivi des plans d'action des divers sommets, et ferait notamment le point sur les progrès accomplis sur le plan des résolutions adoptées lors du Sommet spécial des Amériques qui s'est tenu à Monterrey (Mexique), en janvier 2004, en particulier sur l'objectif visant à fournir une thérapie antirétrovirale à au moins 600 000 personnes atteintes par le VIH dans les Amériques d'ici 2005.

213. S'agissant de l'Agenda commun, il a assuré au Sous-Comité qu'il restait bien vivant. L'OPS avait récemment eu trois réunions de réflexion avec des représentants de la Banque mondiale et de la BID destinées à trouver des bases communes pour travailler en vue de réaliser les Objectifs de développement pour le Millénaire relatifs à la santé et à la réduction de la pauvreté. Ces échanges menaient à un élargissement du champ couvert par l'Agenda commun dans la mesure où ces trois institutions s'efforçaient de mieux aligner leur coopération technique et financière afin d'appuyer les pays aussi efficacement que possible pour la réalisation des ODM. Le Forum EUROLAC sur l'amélioration de la performance des systèmes de santé, qui se tiendrait du 14 au 16 avril 2004 à Recife (Brésil), faisait également partie de l'Agenda commun. Parallèlement, le travail dans les quatre domaines identifiés initialement dans le cadre de l'Agenda commun s'était poursuivi. Le Groupe de travail sur les comptes nationaux de la santé, par exemple, s'était montré très actif. Le Secrétariat inclurait des informations sur les progrès réalisés par les groupes de travail ainsi que sur d'autres activités récentes menées dans le cadre de l'Agenda commun lors de la séance d'information mentionnée précédemment qui aurait lieu au cours de la session du Comité exécutif en juin.

Clôture de la session

214. Le Président a déclaré qu'il estimait que la réunion avait été utile, enrichissante et couronnée de succès. Il a remercié le personnel du Secrétariat pour les documents et présentations bien documentés et instructifs, et a félicité les délégués pour leur participation active, leurs critiques constructives, et leurs recommandations et commentaires pertinents. Après avoir exprimé sa gratitude aux autres membres du Bureau ainsi qu'au Directeur et au Secrétaire technique, il a déclaré la 38^e session du Sous-Comité officiellement close.

Annexes

ORDRE DU JOUR

1. Ouverture de la session
2. Élection du Président, Vice Président, et Rapporteur
3. Adoption de l'ordre du jour et du programme des réunions SPP38/1, Rév. 1 et
SPP38/WP/1, Rév. 1
4. Rapport de situation du Groupe de travail sur la politique budgétaire régionale SPP38/3
et Add. I
5. Objectifs de développement pour le millénaire et cibles sanitaires SPP38/4
6. Observatoire des ressources humaines en santé SPP38/5
7. Accès aux médicaments SPP38/6
8. Renforcement des systèmes de santé pour une réponse intégrée au VIH/SIDA SPP38/7
9. Règlement sanitaire international : Perspectives de la Région des Amériques SPP38/8
10. Onzième programme général de travail de l'OMS SPP38/9
11. Évaluation de dix ans de l'Initiative régionale des données de base SPP38/10
12. Stratégie pour augmenter le taux de recouvrement des contributions SPP38/11
13. Autres questions
14. Clôture de la session

LISTE DE DOCUMENTS*

SPP38/1, Rév. 1 et SPP38/WP/1, Rév. 1	Adoption de l'ordre du jour et du programme des réunions
SPP38/3 et Add. I	Rapport de situation du Groupe de travail sur la politique budgétaire régionale
SPP38/4	Objectifs de développement pour le millénaire et cibles sanitaires
SPP38/5	Observatoire des ressources humaines en santé
SPP38/6	Accès aux médicaments
SPP38/7	Renforcement des systèmes de santé pour une réponse intégrée au VIH/SIDA
SPP38/8	Règlement sanitaire international : Perspectives de la Région des Amériques
SPP38/9	Onzième programme général de travail de l'OMS
SPP38/10	Évaluation de dix ans de l'Initiative régionale des données de base
SPP38/11	Stratégie pour augmenter le taux de recouvrement des contributions

* Documents disponibles uniquement en anglais ou espagnol.

LIST OF PARTICIPANTS*
LISTA DE PARTICIPANTES

Members of the Subcommittee
Miembros del Subcomité

Argentina

Dr. Carlos Vizzotti
Subsecretario de Relaciones Sanitarias e
Investigación en Salud
Ministerio de Salud
Buenos Aires

Barbados

Hon. Jerome X. Walcott
Minister of Health
Ministry of Health
St. Michael

Mr. Lionel Weekes
Permanent Secretary
Ministry of Health
St. Michael

Dr. Elizabeth Ferdinand
Senior Medical Officer of Health
Ministry of Health
St. Michael

Brazil

Brasil

Dr. Jorge Antonio Zepeda Bermudez
Diretor da Escola Nacional de Saúde Pública
Fundação Osvaldo Cruz
Rio de Janeiro

* Liste disponible uniquement en version anglaise-espagnole.

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

Brazil (cont.)

Brasil (cont.)

Dr. Verônica Ferreira Machado
Assessora Técnica do Programa Nacional de DST/AIDS
Ministério da Saúde
Brasília

Canada/Canadá

Mr. Nick Previsich
Director
International Affairs Directorate
Health Canada
Ottawa, Ontario

Ms. Melissa Follen
Senior Policy Advisor
International Affairs Directorate
Health Canada
Ottawa, Ontario

Guatemala

Dr. Carlos Fernando Andrade
Director de la Unidad de Planificación Estratégica
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
Ciudad de Guatemala

Honduras

Dra. Fanny Mejía
Subsecretaria de Riesgos Poblacionales
Secretaría de Estado en el Despacho de Salud
Tegucigalpa

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

Peru
Perú

Dr. Oscar Castillo Velásquez
Director General
Oficina General de Cooperación Internacional
Ministerio de Salud
Lima

United States of America
Estados Unidos de América

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

Ms. Ann S. Blackwood
Director of Health Programs
Bureau of International Organizations Affairs
Department of State
Washington, D.C.

Ms. Jane Cowley
Foreign Affairs Office
Bureau of International Organizations Affairs
Department of State
Washington, D.C.

Ms. Ruth Fisher
Population, Health, and Nutrition Team Leader
Office for Regional Sustainable Development
Bureau for Latin America and the Caribbean
Washington, D.C.

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

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

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

Ms. Lisa E. Jacobson
Program Analyst
Office of the United Nations System Administration
Bureau of International Organizations Affairs
Department of State
Washington, D.C.

Ms. Peg Marshall
Senior Advisor in Maternal and Child Health
and Infectious Diseases
Office for Regional Sustainable Development
Bureau of Latin America and the Caribbean
Agency for International Development
Washington, D.C.

Dr. Stuart L. Nightingale
Senior Medical Advisor to the Director
Office of Global Health Affairs
Department of Health and Human Services
Rockville, Maryland

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

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

Mexico
México

Dr. Roberto Tapia
Subsecretario de Prevención y Protección de la Salud
Secretaría de Salud
México, D.F.

Sr. Miguel Ruiz Cabañas
Embajador
Representante Permanente de México ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

Lic. Hilda Dávila
Directora General de Relaciones Internacionales, a.i.
Secretaría de Salud
México, D.F.

Sr. Ernesto Campos
Ministro
Representante Alterno de México ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

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

**PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION
ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD**

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

Dr. Mirta Roses Periago
Director
Directora

**Advisers to the Director
Asesores del Director**

Dr. Joxel García
Deputy Director/Director Adjunto

Dr. Carissa Etienne
Assistant Director/Subdirectora

Ms. Dianne Arnold
Director of Administration, a.i.
Director de Administración, a.i.

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