



ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ



136^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF

Buenos Aires, Argentine, 20-24 juin 2005

Point 3.2 de l'ordre du jour provisoire

CE136/6 (Fr.)

20 avril 2005

ORIGINAL : ANGLAIS

RAPPORT DE LA 39^e SESSION DU SOUS-COMITÉ DE PLANIFICATION ET DE PROGRAMMATION

1. Le Sous-Comité de planification et de programmation a tenu sa 39^e session au Siège de l'Organisation à Washington, D.C., du 16 au 18 mars 2005.
2. La 39^e session comptait des représentants des Membres suivants du Sous-Comité élus par le Comité exécutif : Argentine, Barbade, Canada et les États-Unis d'Amérique ; et par ceux désignés par le Directeur : Cuba et Jamaïque. Des observateurs du Brésil et du Mexique étaient également présents.
3. Le Bureau suivant a été élu avec des délégués de la Jamaïque (Président), de l'Argentine (Vice-Président) et le Canada (Rapporteur).
4. Pendant la session, le Sous-Comité a discuté des thèmes suivants :
 - Rapport spécial sur l'appui du Bureau sanitaire panaméricain/Bureau régional de l'OMS pour les Amériques à la région affectée par le tsunami,
 - Rapport de situation sur le changement institutionnel du Bureau sanitaire panaméricain,
 - Actualisation de l'exécution des recommandations du rapport spécial du Commissaire aux Comptes, septembre 2004,
 - Stratégie pour l'avenir des centres panaméricains,
 - Coopération technique en santé entre les pays des Amériques,
 - Budget programme proposé de l'Organisation panaméricaine de la Santé pour la période financière 2006-2007,
 - Rapport du Groupe de travail sur l'OPS au 21^e siècle

- Coopération OPS/OMS axée sur les pays et développement national de la santé,
 - Actualisation concernant l'objectif de fournir une thérapie antirétrovirale établi dans la Déclaration de Nuevo León adoptée au Sommet spécial des Amériques, et
 - Renforcement des programmes nationaux pour les dons et transplantations d'organes.
5. Sous le point Autres questions, les thèmes suivants ont également été discutés : la mise à jour de la révision des Réglementations internationales de la santé, la actualisation des préparatifs pour la 14^e Réunion interaméricaine, au niveau ministériel, sur la santé et l'agriculture (RIMSA 14), 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



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

Washington, D.C., 16-18 mars 2005

CE136/6 (Fr.)
Annexe

SPP39/FR (Fr.)
15 avril 2005
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 points	4
Rapport spécial sur l'appui du Bureau sanitaire panaméricain/Bureau régional de l'OMS pour les Amériques à la région affectée par le tsunami	4
Rapport de situation sur le changement institutionnel du Bureau sanitaire panaméricain	10
Actualisation de l'exécution des recommandations du rapport spécial du Commissaire aux Comptes, septembre 2004	15
Stratégie pour l'avenir des centres panaméricains.....	20
Coopération technique en santé entre les pays des Amériques	26
Budget programme proposé de l'Organisation panaméricaine de la Santé pour la période financière 2006-2007	31
Rapport du Groupe de travail sur l'OPS au 21 ^e siècle.....	40
Coopération OPS/OMS axée sur les pays et développement national de la santé	41
Actualisation concernant l'objectif de fournir une thérapie antirétrovirale établi dans la Déclaration de Nuevo León adoptée au Sommet spécial des Amériques	47
Renforcement des programmes nationaux pour les dons et transplantations d'organes.....	56
Autres questions	60
Mise à jour de la révision des Réglementations internationales de la santé.....	60
Actualisation des préparatifs pour la 14 ^e Réunion interaméricaine, au niveau ministériel, sur la santé et l'Agriculture (RIMSA 14).....	62
Autres questions soulevées par les États Membres	63
Clôture de la session	64
Annexe A : Ordre du jour	
Annexe B : Liste de documents	
Annexe C : Liste de participants	

RAPPORT FINAL

1. La 39^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 16 au 18 mars 2005.

2. Des représentants des États Membres suivants du Sous-Comité, élus par le Comité exécutif : Argentine, Barbade, Canada et États-Unis d'Amérique ; et ceux nommés par la Directrice : Cuba et Jamaïque étaient présents. Des représentants du Brésil et du Mexique étaient également présents en qualité d'observateurs.

Bureau

3. Le Sous-Comité a élu le bureau composé des États Membres suivants pour la 39^e session:

<i>Président :</i>	Jamaïque	(Hon. John Junor)
<i>Vice-président :</i>	Argentine	(Dr Carlos Vizzotti)
<i>Rapporteur :</i>	Canada	(M. Nick Previsich)

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

Ouverture de la session

5. La Directrice a ouvert la session et a souhaité la bienvenue aux participants, en notant la présence de plusieurs participants au Programme de formation de l'OPS en santé internationale. Elle était heureuse d'annoncer que pour la première fois dans les 20 ans d'existence du Programme, un des participants était d'Haïti, ce qui signifiait que tous les pays de la Région participaient maintenant au Programme dont le but était de créer le leadership en santé publique.

6. Le Sous-Comité avait face à lui un ordre du jour très stratégique qui portait sur plusieurs questions importantes relevant de la gestion de l'Organisation. Il examinerait également la version initiale du budget programme proposé pour 2006-2007. De plus, les

États Membres avaient proposé plusieurs autres points supplémentaires dont le Sous-Comité considérerait les propositions lors de l'adoption de son ordre du jour.

7. Le Président a également souhaité la bienvenue aux Membres et les a remerciés de leur vote de confiance, ayant élu la Jamaïque à la présidence du Sous-Comité. Il ferait tous ses efforts pour faire aboutir les délibérations du Sous-Comité de manière fructueuse.

Adoption de l'ordre du jour et du programme des réunions (documents SPP 39/1, Rév. 3, et SPP 39/WP/1, Rév. 2)

8. Conformément à l'Article 2 de son Règlement intérieur, le Sous-Comité a adopté l'ordre du jour provisoire avec l'addition d'un point proposé par les États-Unis d'Amérique : « Actualisation concernant l'objectif de fournir une thérapie antirétrovirale établi dans la Déclaration de Nuevo León adoptée au Sommet spécial des Amériques. » Le Sous-Comité a également approuvé le programme des réunions.

Présentation et discussion des points

Rapport spécial sur l'appui du Bureau sanitaire panaméricain/Bureau régional de l'OMS pour les Amériques à la région affectée par le tsunami

9. Le Dr Jean-Luc Poncelet (Chef du Secteur préparation aux situations d'urgence et secours en cas de catastrophe, OPS) a donné des informations sur l'appui fourni par les Amériques à la région affectée par le tsunami de décembre 2004. La catastrophe avait plusieurs caractéristiques déterminées. L'une d'entre elles était l'échelle de la zone affectée : une portion relativement petite de chaque pays touché, mais un grand nombre de pays. Une autre caractéristique était l'ampleur de la couverture médiatique, en raison justement du grand nombre de pays affectés soit directement ou indirectement (parce que leurs citoyens s'étaient rendus dans les pays touchés). Ceci à son tour a eu un impact sur la gestion politique de la situation, notamment parce que la pression internationale a forcé des factions hostiles dans les pays à coopérer en affrontant leur malheur commun. Une troisième caractéristique importante de la catastrophe était le grand nombre de cadavres amoncelés dans certaines zones. Les mythes entourant les risques pour la santé publique posés par les cadavres et d'autres séquelles de catastrophes étaient essentiellement les mêmes que ceux qui avaient déjà été identifiés et dont on avait déjà beaucoup parlé lors de nombreuses catastrophes antérieures, et dénotaient le besoin d'un travail incessant pour les dissiper.

10. Le tsunami avait donné lieu au plus grand niveau de secours humanitaire jamais porté à une seule catastrophe. Tous les pays de la Région avaient aidé les pays affectés d'une manière ou d'une autre, que ce soit officiellement par le biais de leur gouvernement, ou non officiellement grâce aux efforts des citoyens privés. En fait, le niveau massif de la réponse avait créé une situation relativement difficile pour les autorités locales, du fait qu'il n'existait pas en Asie de mécanismes en place pour coordonner de tels niveaux de secours et de fournitures. Le rôle du Bureau régional de l'OMS pour les Amériques (AMRO) avait consisté à assurer la liaison entre les pays de la Région qui voulaient apporter leur aide et les pays qui luttaien pour se remettre de la catastrophe. Cette liaison avait été faite en étroite coopération avec le Bureau régional de l'Asie du Sud-Est (SEARO) de l'OMS à New Delhi. Divers experts avaient également été envoyés dans la région pour porter assistance dans divers domaines spécifiques, tels que l'évaluation des besoins, la gestion de l'information, les orientations sur la gestion des cadavres, etc. AMRO avait également répondu à un nombre surprenant de demandes d'information de la part des médias.

11. Une leçon que les Amériques ont tirée de la catastrophe a été qu'en dépit du fait que les mécanismes régionaux d'alerte et de réponse existaient, ils avaient besoin d'être renforcés afin de mettre la Région en position de répondre à une catastrophe de cette ampleur. Étant donné que ces cataclysmes sont extrêmement rares, il fallait non seulement disposer d'un système d'alerte précoce adéquat, mais il fallait également veiller à ce qu'il soit remis à jour systématiquement. Tous les ministères de la santé ainsi que le Secrétariat, devraient intensifier les capacités de leurs bureaux de préparation aux situations d'urgence. Une autre leçon était liée à l'analyse du risque. Il était quand même surprenant de voir que de nombreux pays dans les Amériques — même s'ils étaient conscients des risques qu'ils couraient à cause des ouragans, inondations, volcans et autres catastrophes naturelles — n'avaient pas réellement incorporé ces risques dans leurs plans d'urgence. La raison semblait en être que ces événements, étant extrêmement rares, n'avaient pas vraiment un impact sur les statistiques de la mortalité. Il fallait trouver une meilleure façon d'assimiler le risque de catastrophe majeure dans les analyses de la situation en santé.

12. Une autre leçon du désastre signifiait qu'alors que l'OMS fonctionnait normalement sous une structure triangulaire ou pyramidale dans laquelle tout passait par Genève, dans le cas d'une catastrophe majeure il y avait des besoins horizontaux auxquels il fallait répondre beaucoup plus rapidement. Une réunion qui devait se tenir sous peu dans le bureau de l'OMS de New Delhi réglerait cette question. Enfin, le facteur réducteur pour l'assistance humanitaire n'était pas l'appui apporté par les pays extérieurs, mais plutôt la capacité du pays affecté à absorber cette assistance. Il fallait trouver des moyens d'accroître cette capacité.

13. Le Sous-Comité a pris bonne note du rapport et suggéré que le problème important de la préparation aux situations d'urgence et de sa réponse devrait être inscrit à l'ordre du jour du Comité exécutif et ensuite du Conseil directeur. L'accord a été général sur le besoin d'améliorer les systèmes d'alerte et de préparation aux catastrophes naturelles, en adoptant une approche intersectorielle faisant intervenir non seulement le secteur de la santé mais aussi la défense civile et d'autres organisations et en prenant les dispositions budgétaires appropriées.

14. Le Sous-Comité a fait remarquer que si une catastrophe de cette ampleur devait se produire dans la Région, quelques-unes des plus petites îles des Caraïbes pourraient même ne pas survivre. Il était important de veiller à ce que la planification et la préparation soient élargies pour tenir compte de cette possibilité. La tendance des populations à devenir indulgentes sur leur sort constituait un obstacle majeur à la préparation aux situations d'urgence. Les gros ouragans par exemple, avaient tendance à se produire à des intervalles de 20 ou 30 ans peut-être, ce qui signifiait que des générations entières avaient grandi sans aucune notion du type de dommages qu'un tel ouragan pouvait provoquer. Une autre question portait sur l'aménagement des villes et du pays. Dans les Caraïbes par exemple, il existait de nombreuses zones qui étaient connues pour leurs dangers — inondations de plaines, cours d'eau enclins aux inondations et d'autres — mais le développement généralisé continuait quand même à se poursuivre dans ces zones. Il fallait que les ministres de la santé insistent sur les dangers de développement de zones connues comme ayant été dangereuses dans le passé.

15. Un délégué a fait remarquer que même s'il y avait eu des pertes énormes de vies humaines, d'autres espèces animales avaient survécu, cela pouvait être un effet secondaire de la modernisation, les êtres humains perdant leur capacité de voir les alertes et d'y répondre naturellement. Il a suggéré que les efforts des plans d'urgence pour les catastrophes devraient peut-être remettre au goût du jour quelques-unes des réponses naturelles que les générations antérieures avaient utilisées comme mécanismes de survie.

16. Dans les secours fournis, une tâche importante consistait à équilibrer les offres pleines de bonnes intentions de la communauté en général avec les besoins réels des populations touchées par le tsunami. Des délégués ont indiqué que leur ministère de la santé avait reçu de nombreux appels de personnes qui se portaient volontaires pour se rendre dans la zone du tsunami et offrir leurs services gratuitement, mais dans la plupart des cas, les personnes qui appelaient n'avaient pas la formation qualifiée, n'avaient jamais travaillé dans des pays en développement et auraient tout simplement fait obstacle aux efforts des secours. Il a été suggéré que la vidéo sur les mythes et réalités que l'OPS avait produite il y a quelques années pourrait être mise à jour et circulée à nouveau, peut-être en insistant sur la réalité de la façon de mobiliser des ressources d'une manière qui serait la plus utile au pays dans le besoin. Des membres ont également souligné les avantages de la coopération entre les agences de secours des Nations Unies et les forces

militaires de nombreux pays, qui pouvaient assurer des bateaux, des hélicoptères et autres supports logistiques dont manquaient généralement les organismes internationaux.

17. Une suggestion a été formulée selon laquelle il fallait accorder une plus grande attention au problème de la santé mentale à la suite d'un désastre de cette ampleur, qui avait affecté non seulement la santé mentale des personnes directement impliquées dans la catastrophe, mais aussi celle des secouristes qui étaient venus aider par la suite. Des membres ont noté que la Région était bien positionnée pour apporter une assistance dans ce domaine, car il existait une expertise considérable dans le domaine de la santé mentale, tant à l'OPS que dans les États Membres individuels.

18. Enfin, le Sous-Comité a noté que l'attention portée par les médias sur l'Asie du Sud, tout en étant certainement justifiée, avait fait en sorte qu'une catastrophe qui s'était produite dans le même temps dans la Région, à savoir les inondations au Guyana, avait été pratiquement passée sous silence. Le Dr Poncelet a été prié d'exposer ses vues sur la façon dont les États Membres pourraient répondre aux problèmes que le Guyana connaissait actuellement.

19. Remerciant les délégués de leurs commentaires, le Dr Poncelet a fait remarquer que si dans les Amériques l'importance de la préparation aux situations de catastrophes et du rôle du secteur de la santé dans la prévention et la préparation allaient de soi, il n'était pas de même dans d'autres régions, qui mettaient principalement l'accent sur la réponse aux catastrophes. De même, alors que dans la Région le rôle crucial du secteur de la santé dans le lancement d'une réponse intersectorielle semblait évident, dans de nombreux pays en dehors des Amériques, la réponse aux catastrophes était considérée comme le domaine d'une organisation centrale totalement séparée du secteur de la santé. Par conséquent, il était important pour les États Membres des Amériques dans l'Assemblée mondiale de la Santé et d'autres fora de favoriser l'investissement dans la préparation aux situations d'urgence et d'attirer l'attention sur le rôle important du secteur de la santé tant dans la préparation aux situations d'urgence que dans la réponse en cas de catastrophe.

20. Il y avait effectivement une expérience considérable dans le domaine de la santé mentale dans les Amériques, et les spécialistes dans ce domaine faisaient maintenant systématiquement partie des équipes de réponse aux catastrophes. Toutefois, il fallait tenir compte du fait que la santé mentale avait tendance à être exagérée par les médias. En fait, les gens étaient souvent plus en mesure de faire face aux catastrophes que ce qu'on laissait parfois supposer, et il fallait garder un sens de la mesure. Citant les cas de populations autochtones qui avaient fui vers des terres plus hautes à l'approche du tsunami, il a convenu qu'il serait très important que les systèmes d'alerte puissent d'une façon ou d'une autre recourir à cette connaissance ancestrale perdue.

21. L'OPS était en fait en train d'étudier et de discuter avec divers gouvernements s'il y avait lieu de faire circuler à nouveau la vidéo sur les mythes et réalités et sur la façon de la faire circuler, cette vidéo ayant été produite à l'origine en 1991 ou 1992. Une nouvelle version tenterait de rendre les populations plus profondément conscientes de certains des mythes et des réalités, en particulier en ce qui concernait les dons de fournitures et l'organisation des efforts de secours à la suite d'une catastrophe.

22. Pour ce qui était du Guyana, il a indiqué qu'il y avait actuellement besoin d'une assistance à la réponse à l'inondation, mais qu'une assistance était également nécessaire pour renforcer la capacité du pays en matière de prévention des catastrophes et de préparation pour y répondre, car la situation actuelle faisait état de faiblesses en la matière. Il serait heureux de fournir aux États Membres qui souhaitaient apporter leur aide une information plus spécifique quant aux besoins. Si les États Membres le souhaitaient, le Secrétariat pourrait également envisager la création d'un site Web auquel les pays pourraient avoir accès pour obtenir des informations sur la façon de porter assistance non seulement à la catastrophe du Guyana, mais aussi à d'autres situations de catastrophes qui se produisaient dans la Région. Il serait heureux de recevoir des apports des États Membres concernant le type d'information qu'ils souhaiteraient voir indiquée sur ce site.

23. Le Dr Poncelet a également noté que le Système de gestion de fournitures humanitaires de l'Organisation (SUMA) avait été récemment étendu à plusieurs autres organisations. Le système liait maintenant cinq agences des Nations Unies dans ce qui était dénommé le Système d'appui logistique (LLS) qui offrait pour la première fois un système basé sur le Web destiné à l'inventaire et la gestion des fournitures pour les secours en cas de catastrophe. Le système devrait améliorer la gestion de l'aide humanitaire internationale, non seulement en Amérique latine et dans les Caraïbes, mais aussi dans le reste du monde.

24. La Directrice a estimé que la Région pouvait être fière des idées et des expériences qu'elle avait transférées au reste de l'OMS, en particulier en soutien du bureau SEARO. Il était très gratifiant de savoir que les 30 dernières années de travail dans la Région avaient obtenu un résultat tellement fructueux. En fait, de nombreux thèmes sur lesquels l'OPS avait travaillé pendant des années, tels que la gestion des cadavres, étaient cités et mentionnés partout dans le monde.

25. Une des caractéristiques remarquables de la catastrophe du tsunami avait été constituée par la réponse massive d'individus. Elle pourrait être décrite comme le bon côté de la mondialisation: le phénomène de personnes se sentant impliquées et partageant la souffrance d'autres très éloignés et répondant à leurs besoins. Le défi pour les institutions internationales consistait à apprendre comment canaliser l'abondance de soutien public suscité par la couverture des médias. Il était nécessaire d'éduquer les

médias et de les enrôler comme partenaires essentiels dans les efforts de réponse à la catastrophe, car c'était généralement les médias qui « chorégraphiaient » la réponse publique à une catastrophe. Parallèlement, l'OPS devait améliorer la préparation de son propre centre médiatique, qui avait reçu des centaines d'appels téléphoniques de personnes de la Région voulant aider après le tsunami. Un des changements majeurs dans l'esprit public qui s'est produit depuis l'ouragan Mitch a été une confiance renouvelée dans les dons en liquide. L'OPS avait répété pendant des années que l'assistance la plus utile était les dons en liquide, mais la confiance n'était plus là. Une raison majeure de disposer d'un système comme SUMA ou LLS était de rétablir cette confiance en persuadant les gens que leurs dons seraient utilisés à bon escient.

26. La communauté immigrée était un autre groupe qui devait être ciblé comme partenaire, en particulier dans les Amériques. Les émigrants étaient naturellement anxieux d'aider lorsqu'une catastrophe frappait leur pays, mais la réponse était souvent inadéquate et désorganisée. Dans le cas du Guyana par exemple, les communautés guyanaises aux États-Unis et au Canada avaient envoyé des quantités importantes de médicaments, mais la plupart des médicaments donnés avaient passé la date d'expiration et étaient par conséquent inutilisables. L'OPS devait par conséquent travailler avec les gouvernements de la Région afin d'établir des relations plus étroites avec les communautés émigrantes afin de mieux pouvoir utiliser leurs contributions.

27. Comme l'a noté le Sous-Comité, il était nécessaire dans la planification de situations de catastrophes d'envisager la possibilité qu'un désastre massif comme le tsunami pouvait en substance mettre le gouvernement et les services d'un pays dans l'incapacité de fonctionner. À Grenade par exemple, l'ouragan Ivan avait affecté 75 % de la population, dont une grande proportion du personnel sanitaire du pays, paralysant les services publics cruciaux. Dans ces cas, il était vital que la communauté internationale prenne des mesures pour restaurer la capacité de réponse dans la semaine qui suivait la catastrophe. Il était rassurant de noter que cela s'était produit dans les Caraïbes, où les autres pays de la sous-région étaient rapidement intervenus pour combler le vide au niveau de la sécurité et des autres services.

28. Quant à la suggestion d'inscrire le thème de la préparation aux situations d'urgence et du secours en cas de catastrophe à l'ordre du jour des Organes directeurs, elle a indiqué que le Conseil directeur avait discuté le sujet de réduire l'impact des catastrophes sur les installations sanitaires l'année antérieure, et que de bons progrès avaient été accomplis sur les mesures préconisées dans la résolution du Conseil sur ce point. Par conséquent, elle suggérerait que plutôt qu'un point formel de l'ordre du jour et un document, un rapport spécial soit préparé sur les catastrophes qui s'étaient produites dans la Région au cours de l'année antérieure, dont le but serait d'analyser et d'appliquer les leçons apprises afin de continuer à renforcer la prévention des catastrophes et la préparation aux situations d'urgence.

Rapport de situation sur le changement institutionnel du Bureau sanitaire panaméricain (document SPP39/8)

29. La Directrice a introduit ce point en notant qu'elle actualiserait l'information présentée dans le document SPP39/8 qui ne faisait pas état des derniers progrès accomplis dans le processus dynamique de changement institutionnel au sein du Secrétariat. Elle essaierait également de clarifier la relation réciproque entre les divers processus de changement en cours dans l'Organisation dans son ensemble, dont l'objectif était de permettre à l'OPS d'évoluer et de répondre efficacement aux enjeux du contexte en place.

30. Deux processus parallèles avaient lieu : le processus de « l'OPS au 21^e siècle » à l'initiative des pays, et le processus de changement institutionnel mené à bien dans le Secrétariat dans l'optique à la fois d'exécuter le Plan stratégique pour 2003-2007 et d'appliquer les recommandations émergeant du processus à l'initiative des pays. Au sein du Secrétariat, le processus de changement institutionnel comportait trois composantes connectées entre elles : actions de développement, dont le but était d'améliorer constamment la capacité du Secrétariat à servir l'Organisation et ses États Membres; initiatives de transformation destinées à intensifier et accélérer le processus de changement organisationnel; et développement de réseaux internes afin de tenir le personnel informé des changements, mais aussi, et surtout, de cultiver le sentiment d'appropriation qui était requis pour générer un véritable engagement au processus.

31. En ce qui concernait les actions de développement, le tableau dans le document offrait de nombreux exemples des activités entreprises et des progrès réalisés jusque là dans cinq domaines clés : accent mis sur les pays, activités extra-institutionnelles et partenariats, efficacité et maximisation des ressources, transparence et gouvernance, et politiques et procédures. Elle a averti toutefois que le cadre utilisé dans le document devait être considéré comme un travail en cours. Il s'agissait d'une première tentative d'organiser l'information sur l'ensemble du processus évolutif dynamique en cours dans l'Organisation. Gardant à l'esprit les commentaires reçus du Sous-Comité, le Secrétariat continuerait à affiner le cadre pour présentation des futurs rapports de situation aux Organes directeurs.

32. Deux améliorations de politique récentes avaient posé les bases pour la transformation. L'une était la politique de budget programme régionale adoptée par les États Membres l'année antérieure, qui avait nécessité une restructuration majeure des secteurs de travail de l'Organisation, afin d'aligner ses activités sur la philosophie sous-tendant la politique. L'autre était le projet de stratégie de technologie de l'information lancé en novembre 2004 pour développer une stratégie au niveau de l'ensemble de

l'Organisation pour assurer que l'OPS profite au maximum des investissements dans la technologie de l'information.

33. L'une des principales leçons tirées de l'expérience des deux années précédentes était que le changement organisationnel prenait du temps et de la persistance. Une autre leçon importante était que l'apprentissage et le développement du personnel devaient être intégrés dans la stratégie de changement. L'identification et le développement des compétences requises devaient être liés directement aux changements recherchés. Alors que le développement de la capacité individuelle était critique, il était tout aussi essentiel de renforcer la capacité du travail d'équipe. De plus, il était important d'assurer que les responsables de haut niveau comprennent les changements et puissent exprimer clairement leur justification.

34. En ce qui concernait les initiatives de transformation, le Secrétariat avait établi une « feuille de route » pour la période 2005-2007, qui lui permettrait d'appuyer les pays plus efficacement et qui servirait également d'outil de gestion utile pour suivre les progrès dans le processus de changement institutionnel. La feuille de route comportait 11 initiatives de transformation, ou projets, qui étaient identifiées avec leurs objectifs respectifs, leurs résultats escomptés et leurs repères de surveillance, dans l'annexe du document SPP39/8. Pour chaque initiative, un responsable serait désigné pour s'acquitter des fonctions de chargé de programme ou de projet, appuyé dans chaque cas par un membre de la gestion exécutive. Le but ultime de la feuille de route était d'assurer que les objectifs du processus de changement étaient accomplis dans les deux années suivantes.

35. La troisième composante du processus de transformation était constituée par les réseaux de collègues, qui fournissaient des apports au processus. Ces réseaux comprenaient non seulement des réseaux internes de personnel de l'OPS à divers niveaux, mais aussi d'autres réseaux dans lesquels intervenait l'OPS, comme les réunions interministérielles de ministres de la santé de la Région; le Groupe d'examen de l'exécution des Sommets, qui avait la responsabilité de la surveillance des mandats des Sommets des Amériques; et les groupes de directeurs régionaux de l'OMS et du système plus vaste des Nations Unies.

36. Pour ce qui était des prochaines étapes du processus, le Secrétariat continuerait à fournir son soutien à l'initiative de l'OPS au 21^e siècle. Parallèlement, il terminerait les propositions de projets afin de lancer les projets de feuille de route en mai. Le prochain rapport de situation officiel serait présenté au Comité exécutif en juin; toutefois, comme le Groupe de travail sur l'OPS au 21^e siècle, le Secrétariat prévoyait de saisir l'opportunité offerte par l'Assemblée mondiale de la Santé en mai pour faire avancer certaines activités. Il y aurait notamment une journée consacrée à la coopération stratégique avec le Guyana, qui était l'un des pays clés identifiés dans le Plan stratégique.

37. Le Sous-Comité a remercié la Directrice de son rapport et de ses efforts pour impulser une nouvelle direction stratégique à l'Organisation. Plusieurs délégués ont toutefois estimé que le rapport aurait bénéficié d'un énoncé plus clair des objectifs recherchés, d'une information plus détaillée sur la façon dont le Secrétariat se proposait de les réaliser, et de la définition d'indicateurs mesurables pour évaluer si les objectifs étaient ou non atteints. En ce qui concernait le cinquième objectif stratégique identifié dans le document, « renforcer les pratiques de gestion », ils ont suggéré que l'application des recommandations faites par le Commissaire aux Comptes dans son rapport spécial l'année antérieure, devait être une partie explicite de cet objectif.

38. Les membres ont applaudi les efforts du Secrétariat pour lier plus étroitement les activités de l'OPS à celles de l'OMS. En tant que bureau régional de l'OMS, l'Organisation se devait d'aligner ses objectifs stratégiques sur ceux poursuivis au niveau mondial, incluant, en particulier, le onzième Programme général de travail (GPW). Ils ont souligné que les orientations émanant du GPW devaient prises en compte dans le processus de changement institutionnel et dans la planification stratégique à long terme de l'Organisation. À cet égard, il a été suggéré que le prochain plan stratégique de l'OPS devrait, comme le GPW, aller jusqu'à l'année 2015. Les Membres ont également noté avec plaisir que l'OPS introduisait l'approche de gestion basée sur les résultats de l'OMS dans ses pratiques de gestion programmatique. Ils ont suggéré qu'il pourrait être utile tant pour le personnel de l'OPS que pour les États Membres de présenter les directives pour la gestion basée sur les résultats sur le site Web de l'Organisation, car la méthodologie n'était pas toujours facile à assimiler.

39. Le Sous-Comité a estimé que les conclusions et recommandations du Groupe de travail sur l'OPS au 21^e siècle devaient également être intégrées dans le processus de changement et la feuille de route de transformation. Il était évident que certains des problèmes traités par le Groupe de travail avaient déjà été réglés, mais il restait encore d'autres questions importantes qui devaient être incorporées.

40. Pour ce qui était de la position de médiateur/médiatrice mentionnée par la Directrice dans ses remarques sur les politiques et procédures, il a fait remarquer qu'afin d'être efficace dans la médiation de différends entre membres du personnel, le médiateur/médiatrice devait être indépendant(e). Les membres du personnel doivent être sûrs qu'il ou elle ne soit pas directement connecté(e) avec l'administration ou influencé(e) par elle. Cela étant, il faudrait peut-être envisager un mécanisme indépendant et différent pour le recrutement et la nomination du médiateur ou de la médiatrice. Concernant le transfert de positions et de personnel auquel la Directrice faisait allusion, des Membres ont demandé des informations plus détaillées sur les positions qui seraient transférées et sur la façon dont ces changements devaient renforcer la capacité dans les États Membres.

41. Le Sous-Comité a exprimé son espoir que des copies de la feuille de route soient rapidement mises à disposition de sorte que les États Membres soient en mesure d'engager une discussion mieux informée des plans et des résultats escomptés. Pour ce qui était du document présenté au Sous-Comité, ce dernier a fait noter qu'il était assez difficile de suivre les divers objectifs, résultats escomptés et repères dans les deux tableaux et il a suggéré qu'ils pourraient peut-être être combinés pour une plus grande clarté et une plus grande facilité de lecture.

42. La Directrice n'était pas sûre d'avoir réellement atteint son objectif, qui était de montrer la complexité des deux processus parallèles et de les relier. D'une part, il y avait le processus de l'OPS au 21^e siècle, qui prenait une optique très large et sur le long terme et qui cherchait à identifier comment l'Organisation, en tant qu'instrument créé par les pays, devrait se positionner et quel rôle elle devrait jouer au 21^e siècle afin d'améliorer la santé des populations de la Région. D'autre part, il y avait le processus de changement institutionnel au sein du Secrétariat, dont la vocation était beaucoup plus concrète et immédiate. Ce processus cherchait à renforcer la capacité du personnel du Secrétariat à s'acquitter de ses fonctions journalières de la manière la plus efficace et la plus productive possible, en utilisant au mieux les ressources disponibles. Il s'agissait de deux processus distincts, même si certaines des questions impliquées étaient les mêmes et le Secrétariat était certainement très conscient du besoin de répondre aux défis et aux recommandations identifiés par le Groupe de travail. En fait, le processus de changement institutionnel avait pour but de le préparer à faire exactement cela.

43. Toutefois, le Groupe de travail n'avait pas encore terminé ses discussions ni émis ses recommandations finales, et le Secrétariat n'était en l'occurrence pas encore en mesure d'indiquer la façon dont ces recommandations seraient appliquées. Par conséquent, dans sa présentation au Sous-Comité, son principal souci était d'informer les Membres des progrès accomplis au cours des deux années antérieures sur l'amélioration de la gestion et de la performance du Secrétariat dans les cinq domaines clés identifiés dans le rapport. En septembre, lorsque le Groupe de travail présenterait son rapport final et que le Conseil directeur entreprendrait une analyse à mi-parcours des progrès dans l'exécution du Plan stratégique pour 2003-2007, il serait alors possible d'évaluer dans quelle mesure les recommandations du Groupe de travail étaient déjà appliquées et de déterminer comment le travail du Secrétariat devait être réorienté afin d'incorporer pleinement le reste des recommandations.

44. Pour ce qui était des recommandations du Commissaire aux Comptes, elle n'estimait pas qu'il fallait faire de l'accomplissement des recommandations un objectif spécifique, du fait qu'elles englobaient un aussi grand nombre de secteurs de travail de l'Organisation. Toutefois, elle a assuré le Sous-Comité que le Secrétariat faisait de bons progrès dans l'exécution des recommandations, ce qui apparaîtrait clairement dans le rapport sur ce sujet qui serait présenté plus tard dans la session.

45. En ce qui concernait la feuille de route, elle n'avait pas été présentée dans son entièreté au Sous-Comité parce qu'elle était toujours en cours d'achèvement et qu'elle ne serait pas officiellement lancée avant le premier mai. Le Secrétariat n'avait que récemment identifié les 11 initiatives de transformation et était encore dans le processus de désignation des responsables pour chaque domaine. Dans les prochains 40 jours, le Secrétariat assemblerait les équipes et préparerait les documents pour chaque initiative, dont les indicateurs et les repères et un échéancier pour le travail à entreprendre.

46. Répondant aux questions relatives aux transferts de positions, elle a indiqué que l'idée était de situer les positions plus près des pays ou des groupes de pays qui avaient le plus grand besoin de coopération technique dans un domaine particulier. Les positions étaient transférées en réponse à des suggestions ou des demandes spécifiques de pays. Par exemple, la position de conseiller régional sur la dengue avait été transférée au Panama, et plusieurs positions en santé mentale étaient devenues des positions sous-régionales, parce que ces transferts avaient été demandés par les pays. L'usage efficace des ressources entrainait pour une grande part dans la justification du déplacement d'une position : en plaçant des positions là où l'expertise était requise, le Secrétariat pouvait grandement réduire les coûts des voyages. Toutefois, lorsque la décision était prise de déplacer une position régionale, elle n'était pas nécessairement transférée dans le pays où les besoins étaient les plus grands parce que le Secrétariat avait observé que dans ces cas, le responsable régional devenait tellement absorbé par les besoins énormes de ce pays qu'il ou elle ne pouvait plus jouer un rôle de coopération technique régionale. Il était préférable de situer la position dans un pays qui pouvait apporter un appui et ses propres forces afin d'intensifier la réponse de l'Organisation.

47. Quant à l'alignement sur l'OMS, il était important de rappeler que les Amériques avaient été un chef de file dans le développement du onzième Programme général de travail. En fait, la première consultation régionale sur la version finale du GPW s'était tenue au siège de l'OPS deux semaines auparavant, et l'OMS avait demandé au Secrétariat de l'OPS de l'aider à développer un plan stratégique pour accompagner le programme de travail, suivant le modèle du Plan stratégique de l'OPS. Par conséquent, elle pouvait assurer les États Membres que non seulement l'OPS s'alignait sur l'OMS, mais que l'Organisation influençait le développement du onzième Programme général de travail d'une manière décisive.

48. Enfin, en ce qui concernait la gestion basée sur les résultats (GBR), elle a regretté qu'il n'avait pas été possible de faire une présentation sur ce thème comme elle l'avait prévu. Un inspecteur de l'Unité d'inspection conjointe des Nations Unies aurait dû parler au Sous-Comité des leçons tirées d'une analyse de l'application de la gestion basée sur les résultats dans cinq organismes des Nations Unies. Toutefois, pour des questions de visa, l'inspecteur n'avait pas été en mesure de participer. Le Secrétariat reprogrammerait cette présentation soit en mai, lors de l'Assemblée mondiale de la Santé, soit en juin, lors de la 136^e session du Comité exécutif. Le Secrétariat était très conscient du besoin de formation en GBR et, en fait, avait prévu de profiter de la visite de l'inspecteur pour lancer son processus de formation du personnel. En substance, l'exécution de la gestion basée sur les résultats et la formation requise qu'elle impliquait, était encore un autre processus parallèle de changement en cours dans le Secrétariat.

49. Le Dr William Steiger (États-Unis d'Amérique, Président du Comité exécutif), parlant à titre de l'un des représentants du Comité exécutif chargé de suivre les progrès du Secrétariat dans l'exécution des recommandations du Commissaire aux Comptes, a indiqué que tout en reconnaissant que les recommandations couvraient de nombreux aspects du travail du Secrétariat, il estimait qu'il serait utile que le Secrétariat indique dans le prochain rapport de situation et dans la feuille de route, quelles étaient les actions qui avaient été prises spécifiquement en réponse aux recommandations du Commissaire aux Comptes. Cette mesure permettrait aux Membres de voir comment le Secrétariat imbriquait les recommandations dans son processus de transformation sur les prochaines années. La Directrice a indiqué qu'elle estimait que le Secrétariat avait une obligation de soumettre un rapport spécifique séparé aux Organes directeurs sur l'exécution des recommandations, comme l'avait préconisé le Conseil directeur l'année antérieure. Toutefois, dans les rapports de situation futurs sur le changement institutionnel, il s'engagerait également à montrer comment les recommandations étaient incorporées dans ce processus.

Actualisation de l'exécution des recommandations du rapport spécial du Commissaire aux Comptes, septembre 2004 (document SPP39/9)

50. M. Eric Boswell (Directeur de l'administration, OPS) a présenté une actualisation des progrès du Secrétariat concernant l'exécution des recommandations faites par le Commissaire aux Comptes dans son rapport spécial au Conseil directeur en septembre 2004, en complément de l'information présentée dans le document SPP39/9. Il a commencé par rappeler que le Commissaire aux Comptes avait fait des recommandations dans cinq domaines : (1) éthique et code de conduite; (2) recrutement des employés et des consultants; (3) procédures pour les doléances, investigations et rapports; (4) gestion des relations extérieures; et (5) sécurité de la technologie de l'information. Le Comité exécutif lui avait demandé de faire état au Sous-Comité des progrès dans ces cinq domaines, plus deux nouveaux : l'audit interne et la sélection d'un médiateur/médiatrice.

51. Il avait travaillé avec une équipe de collègues à l'OPS, dont le Conseiller juridique, le Chef du secteur des ressources humaines et le Chef du secteur de la technologie de l'information, pour exécuter les recommandations. Au début du processus, l'équipe avait décidé qu'elle bénéficierait des conseils d'experts extérieurs dans les domaines de l'éthique et de la gouvernance. Par conséquent, en février 2005, l'Organisation avait signé un contrat avec le *Ethics Resource Center* (ERC), un organisme à but non lucratif basé à Washington, D.C., qui avait aidé de nombreux clients dans les secteurs privé et public à développer des codes de conduite, à fournir une formation dans le domaine de l'éthique et des stratégies de communication, et à réaliser des évaluations organisationnelles. L'ERC avait entrepris d'examiner les systèmes de gouvernance existants de l'OPS; avait préparé un supplément OPS à la Commission de la Fonction publique internationale (CFPI) pour les normes de conduite pour la Fonction publique internationale; recommandé des types de procédures et des systèmes internes à utiliser pour le règlement des doléances et les allégations d'inconduite; préparé des recommandations pour le développement d'une déclaration d'intérêt formulée pour détecter et gérer les problèmes d'éthique, dont les conflits d'intérêt, le népotisme et l'apparence de transactions abusives; il avait fait des recommandations concernant la méthodologie pour conduire des investigations et en faire les rapports; fourni des exemples de politiques et de procédures des meilleures pratiques internationales et des exemples pertinents d'autres organismes internationaux publics et du secteur privé; et il avait préparé des recommandations pour une formation et une stratégie de communication.

52. Parlant maintenant des mesures prises pour exécuter les recommandations, il a indiqué que dans le domaine de l'éthique et des codes de conduite, l'Organisation, en collaboration avec l'ERC développait le supplément spécifique à l'OPS aux normes de conduite de la CFPI pour le personnel des Nations Unies. Une version préliminaire avait été soumise par l'ERC le 9 mars 2005 et était actuellement examinée par le personnel et l'administration. L'ERC aiderait également à établir un programme de formation pour « incorporer » le code dans le travail journalier du personnel. Ce programme devrait être en place vers la moitié de l'été.

53. En ce qui concernait le recrutement des employés et des consultants, comme le recommandait le Commissaire aux Comptes, le Secrétariat s'efforçait d'introduire un processus de sélection plus ouvert et compétitif pour le recrutement de personnel temporaire et de consultants. Le Département des ressources humaines a examiné les mécanismes des contrats pour l'engagement de ces catégories de personnel et a développé des principes clairs concernant l'usage, les conditions de service et les processus de sélection pour ces types de contrats. Des propositions avaient également été formulées pour assurer que les résultats attendus de ce personnel à court terme étaient clairement définis et que leur performance était mieux surveillée et évaluée. De plus, une

banque de données du personnel temporaire était en cours de préparation et des discussions se poursuivaient dans le but d'établir un chercheur d'expertise pour l'Organisation.

54. En ce qui concernait les procédures relatives aux doléances, l'OPS se conformait aux procédures de l'OMS pour la notification d'impostures ou d'impostures présumées, et de pertes d'argent liquide ou de biens. Comme l'avait recommandé le Commissaire aux Comptes, le Domaine des affaires juridique était impliqué à tous les stades de l'investigation et du traitement de ces doléances, et le Commissaire aux Comptes était informé de tous ces cas. Toutefois, comme l'a dénoté le rapport du Commissaire aux Comptes, ces procédures n'étaient pas assez bien connues du personnel. De plus, l'Organisation ne disposait pas d'un mécanisme approprié permettant au personnel de porter des allégations d'inconduite, ou de corruption, ou d'autres comportements immoraux. Un mécanisme de ce type doit assurer non seulement une investigation indépendante, mais aussi une protection sans faille contre toute forme de représailles contre le plaignant. Le Secrétariat examinait les mécanismes disponibles dans d'autres organisations internationales afin d'identifier un modèle approprié pour l'OPS et avait inclus le développement d'un mécanisme de ce type comme résultat dans son contrat avec le *Ethics Resource Center*. L'ERC devait présenter une recommandation à cet égard le 20 avril.

55. Dans le domaine de la gestion des relations extérieures, comme l'avait recommandé le Commissaire aux Comptes, le Secrétariat était en train de préparer une version provisoire de directives en collaboration avec des entreprises privées, qui aideraient à évaluer la convenance de la collaboration potentielle de l'Organisation avec des tierces parties, dont des compagnies privées et des ONG, en faisant particulièrement attention à éviter les conflits d'intérêt éventuels. En outre, l'OPS exécuterait le Programme de publication de la Déclaration d'intérêt de l'OMS, dans le cadre duquel tout le personnel de direction de l'OPS et les autres personnels dans des postes sensibles tels que la passation de marchés et la gestion des ressources humaines, seraient requis de faire état annuellement de tout intérêt dans une entité ou de toute association avec une entité avec laquelle ce membre du personnel entretenait des transactions officielles au nom de l'Organisation. L'ERC fournirait des recommandations supplémentaires à ce sujet.

56. Pour ce qui était de la sécurité de la technologie de l'information, l'Organisation avait mené une évaluation approfondie de la sécurité du réseau plusieurs années auparavant, et des travaux avaient été entrepris pour réduire les vulnérabilités qui avaient été détectées. Toutefois, il fallait entreprendre des travaux supplémentaires sur les aspects techniques de la sécurité de l'information, ainsi que sur la surveillance constante du système et l'éducation du personnel dans le domaine de la sécurité. À cette fin, la Directrice avait approuvé l'établissement d'une position de fonctionnaire responsable de

la sécurité de l'information qui serait située dans le bureau du Directeur de l'administration à qui il rendrait compte directement. Le nouveau fonctionnaire de la sécurité de l'information se concentrerait sur l'éducation de tout le personnel concernant leur responsabilité dans la sécurité du réseau et de l'information de l'OPS, sur le développement de politiques et de directives pour la gestion du courrier électronique et de la sécurité, et sur la surveillance du réseau pour empêcher toute intrusion d'utilisateurs non autorisés.

57. Dans le domaine de l'audit interne, en 2004 le Secrétariat a conclu un accord avec le Bureau des Services de contrôle interne de l'OMS pour fournir des services de vérification intérieure à l'OPS conformément à un plan annuel de vérification des comptes, à être décidé conjointement par le Directeur de la vérification intérieure des comptes de l'OMS et la Directrice de l'OPS. Les Services de contrôle interne à l'OPS étaient maintenant entièrement dotés de personnel. Le nouveau chef de contrôle interne pour l'OPS, recruté dans le secteur privé par l'OMS, avait pris ses fonctions en septembre 2004. Un plan de vérification des comptes pour 2005 avait été convenu, et le processus de vérification des comptes était en cours.

58. Enfin, en ce qui concernait le médiateur ou la médiatrice, la position avait été formellement établie au niveau P4 en 2003. L'Organisation avait entrepris une recherche approfondie pour trouver un médiateur ou une médiatrice en 2003 et 2004, mais n'avait trouvé aucun candidat approprié. La Directrice avait ensuite décidé de reclassifier le poste au niveau P5 dans un effort destiné à attirer des candidats de haut calibre. Le poste avait été annoncé une nouvelle fois et le recrutement était actuellement en cours. Étant donné la longueur du temps de vacance du poste et le temps encore requis pour le remplir, la Directrice avait demandé au Département des ressources humaines d'identifier une personne dotée de l'expérience requise pour occuper le poste sur une base temporaire, à commencer immédiatement. L'Association du personnel serait consultée sur ce choix.

59. Pour conclure, M. Boswell a remercié les représentants du Comité exécutif de leur soutien dans le processus d'exécution des recommandations et a indiqué qu'il fournirait une autre actualisation lors de la 136^e session du Comité exécutif en juin prochain.

60. Le Dr William Steiger (États-Unis d'Amérique, Président du Comité exécutif), parlant en son nom propre et en celui de l'Honorable Herbert Sabaroche (Dominique, Président du Comité Exécutif en 2004) et en représentation du Comité exécutif, a remercié M. Boswell de son rapport et a félicité le Secrétariat de ses efforts pour respecter les échéances relatives à l'exécution des recommandations dont la plupart seraient terminées d'ici l'ouverture du 46^e Conseil directeur en septembre. Même s'il y avait des enjeux logistiques, financiers et surtout culturels dans l'exécution de certaines

des recommandations, lui-même et le Ministre Sabaroche avaient noté le ferme engagement de la part de la Directrice et de son personnel à entreprendre les changements conseillés par le Commissaire aux Comptes. Ils avaient également été favorablement impressionnés par la compétence et le professionnalisme du personnel du *Ethics Resource Center*. De la perspective du Comité exécutif, l'introduction de directives éthiques dans les pratiques et la culture de l'Organisation – tant au Siège que dans les bureaux des pays – était essentielle pour renforcer la gestion et le leadership et pour protéger la réputation bien méritée de l'Organisation. La fonction d'investigation était également essentielle. À son avis, il doit y avoir une interaction directe entre cette fonction et le Comité exécutif. Un mécanisme de contrôle devrait être mis en place aux termes duquel le Comité pourrait fournir un apport direct et pourrait entendre directement la personne responsable de l'investigation de doléances ou d'allégations d'inconduite.

61. Le dialogue avec le personnel était essentiel au succès du processus en cours, car si le personnel n'était pas d'accord ou n'était pas satisfait de la façon dont les recommandations étaient exécutées, le processus aurait moins de chance d'aboutir aux résultats souhaités. Il s'était par conséquent réuni à plusieurs reprises avec les représentants de l'Association du personnel pour les informer des mesures qui étaient prises, demander leur point de vue et écouter leurs préoccupations. Il avait également demandé que les membres du personnel soient présents lors de la discussion du Sous-Comité sur ce point, et qu'il leur soit donné la possibilité de poser toutes les questions qu'ils pouvaient avoir.

62. Le Sous-Comité a remercié le Secrétariat de l'actualisation et a également loué le Dr Steiger et M. Sabaroche pour avoir suivi le processus d'exécution et avoir tenu le Comité exécutif informé. Les Membres ont accueilli favorablement l'engagement de l'ERC à aider le Secrétariat à mener à bien les recommandations et ils ont exprimé leur satisfaction concernant les progrès accomplis jusque là. Ils ont demandé à M. Boswell si le Commissaire aux Comptes avait réagi ou avait présenté des recommandations supplémentaires depuis septembre 2004. Ils lui ont également demandé de fournir une estimation du coût de l'exécution des recommandations à ce jour ainsi qu'une projection des dépenses futures en la matière. Ils ont souligné le besoin de faire des efforts sans relâche en vue d'une efficacité maximum par rapport au coût, ainsi que du besoin d'incorporer le processus d'exécution des recommandations dans le processus de changement institutionnel en cours dans le Secrétariat. En ce qui concernait la position de médiateur/médiatrice, un délégué a demandé pourquoi la condition requise sur les années d'expérience avait été établie à 13 ans. Un autre délégué a demandé un complément d'information sur la position de responsable de la sécurité de l'information et la nature des fonctions à remplir par la personne qui serait éventuellement recrutée pour remplir cette position. Enfin, des délégués ont demandé à M. Boswell d'indiquer comment le Secrétariat se proposait de rattacher l'ensemble du processus d'exécution des recommandations à la préparation des rapports connexes pour les Organes directeurs.

63. M. Boswell a répondu qu'aucune réaction n'avait été reçue du Commissaire aux Comptes, bien qu'il ait récemment reçu du *National Audit Office* (NAO) du Royaume-Uni un long message électronique décrivant comment plusieurs des questions abordées par les recommandations étaient traitées au NAO. Toutefois, des représentants du NAO commenceraient leur examen annuel de l'OPS la semaine suivante, et une composante de cet examen serait le suivi des recommandations. Concernant la condition requise des années d'expérience pour la position de médiateur/médiatrice, il a indiqué que 13 ans était la condition standard de la CFPI pour un poste de P5; l'expérience requise pour un poste de P4 était de neuf ans. Pour ce qui était du poste de responsable de la sécurité, le Secrétariat aurait le plaisir de fournir aux Membres une description des conditions d'emploi et des tâches à remplir dès qu'elle serait disponible. Cette position n'avait été approuvée que très récemment et l'annonce de poste n'avait pas encore été diffusée. Le Secrétariat fournirait également un rapport sur les implications financières de l'exécution des recommandations. À cet égard, il a noté qu'à l'exception du contrat avec le *Ethics Resource Center*, le processus n'avait jusqu'à présent impliqué aucun coût supplémentaire, du fait que tout le travail avait été fait en interne.

64. Sur la question de savoir comment le Secrétariat se proposait rattacher l'ensemble du processus d'exécution à la préparation des rapports connexes, il a fait remarquer que la Directrice avait mentionné cette question dans sa présentation sur le changement institutionnel. L'une des 11 composantes de la feuille de route de transformation était « la transparence et la redevabilité, » et c'était de cette composante que relevait l'exécution des recommandations. Quant à la préparation des rapports, comme il l'avait mentionné, il présenterait un autre rapport actualisé au Comité exécutif en juin et soumettrait également un rapport au Conseil directeur en septembre.

Stratégie pour l'avenir des centres panaméricains (document SPP39/5)

65. Le Dr Carissa Etienne (Sous-Directrice, OPS) a introduit le document sur ce point, notant qu'il avait été préparé conformément à la résolution CSP20.R31, qui avait enjoint la Directrice à entreprendre des évaluations régulières des centres et d'en faire rapport aux Organes directeurs. Le présent document avait pour but de mener à la définition d'une stratégie pour l'avenir des centres.

66. Le Secrétariat estimait que le fonctionnement des centres panaméricains devait être examiné à la lumière des réalités nationales et de l'environnement institutionnel international complexe. Au sein de l'Organisation, d'importants facteurs contextuels comportaient les efforts de renouvellement de l'OPS, le passage historique de la politique de budget programme régionale en 2004, le Groupe de travail sur l'OPS au 21^e siècle, et le cadre pour la coopération technique et le développement sanitaire national. Il était également important de situer la discussion dans le contexte des défis socioéconomiques

dans les pays, des capacités nationales, des niveaux de développement sanitaire national, des disparités largement répandues et persistantes entre les pays et à l'intérieur des pays, et de « l'agenda inachevé. »

67. Les centres panaméricains étaient un instrument important de la coopération technique de l'OPS. Ils justifiaient leur existence en contrebalançant la faible capacité de recherche et la rareté des ressources humaines qualifiées dans les pays individuels et en apportant une masse critique d'expertise pour aider au renforcement de la capacité dans chaque pays de la Région. Sur les 50 années précédentes, les Organes directeurs de l'OPS avaient approuvé l'établissement de 12 centres et la fermeture de quatre d'entre eux. Sur les huit centres actuellement en place dans sept pays, trois étaient des centres sous-régionaux : l'Institut de nutrition d'Amérique centrale (INCAP), l'Institut des Caraïbes pour l'alimentation et la nutrition (CFNI), et le Centre d'épidémiologie des Caraïbes (CAREC). Les cinq suivants étaient régionaux : le Centre panaméricain de la fièvre aphteuse (PANAFTOSA), le Centre d'information sur les sciences de la santé pour l'Amérique latine et les Caraïbes (BIREME), le Centre panaméricain de génie sanitaire et des sciences de l'environnement (CEPIS), le Centre latino-américain pour la périnatalogie et le développement humain (CLAP), et l'Institut panaméricain pour la protection alimentaire et la lutte contre les zoonoses (INPPAZ). En outre, l'OPS a travaillé avec 204 centres collaborateurs de l'OMS situés dans la Région.

68. Le document offrait une information spécifique sur la situation actuelle de chaque centre, dont la pertinence de la coopération technique fournie et la mesure dans laquelle elle contribuait aux progrès dans les indicateurs de santé et le développement institutionnel dans les pays. Il décrivait également les problèmes de gouvernance, financiers et administratifs qui étaient communs à tous les centres. Un problème commun était celui de l'information relative à la gouvernance financière et administrative. Le deuxième problème commun concernait la gouvernance, qui nécessitait la capacité de développer une vision partagée entre différentes parties prenantes : organes directeurs, pays hôte, donateurs, employés, et collègues de l'OPS. La complexité des mécanismes de gouvernance ne permettait pas un alignement parfait des centres sur l'Organisation et créait un élément de tension dans la relation, pour les centres et pour le Secrétariat, particulièrement en ce qui concernait les règlements de l'OPS et les restrictions qu'ils imposaient aux centres. La relation avec le pays hôte et les problèmes de dotation en personnel constituaient un autre problème commun.

69. La question de la viabilité financière a longtemps constitué le plus grand défi des centres et elle était évidente dans les rapports financiers de la Directrice et dans les rapports du Commissaire aux Comptes. Les centres avaient en substance cinq sources de revenu : le budget ordinaire de l'OPS, les contributions directes des pays, les dons (fonds extrabudgétaires), les ventes de produits et de services, et les contributions des pays hôtes

et des institutions partenaires juridiques. Le document présentait une information sur les montants reçus de toutes ces sources en 2004 et 2005.

70. Les délégués ont demandé au Sous-Comité de considérer les questions mises en avant à la fin du document SPP39/5 dans le but de déterminer si les centres devaient continuer à exister et à fonctionner comme à présent ou si leurs fonctions devaient être transférées à des institutions nationales et, dans l'affirmative, si le Secrétariat de l'OPS devait avoir un calendrier avec des priorités définies pour évaluer régulièrement les centres et les engager sur la voie de leur transformation en centres nationaux avec une capacité de référence internationale.

71. Le Sous-Comité a félicité la Directrice et le Secrétariat pour les efforts qu'ils faisaient pour maintenir les centres en fonctionnement dans un environnement très différent que celui de l'époque où ils avaient été créés. Toutefois, au vu des avancées dans les communications et la technologie, les Membres estimaient qu'il était temps maintenant d'examiner individuellement lesquels de ces centres avaient encore un rôle utile à jouer. Comme il avait été noté dans le document et dans la présentation, en 1985, le Comité exécutif avait exprimé l'opinion que les centres n'avaient pas pour vocation d'être permanents, mais qu'ils fonctionneraient jusqu'à ce que les pays et les institutions nationales aient acquis leur propre capacité technique et institutionnelle. Toutefois, une décision en connaissance de cause concernant l'avenir des divers centres nécessiterait une analyse honnête et ouverte de chacun d'entre eux d'un point de vue financier et programmatique, qui garderait toutes les options sur la table, y compris la fermeture de certains d'entre eux si nécessaire.

72. Les délégués ont estimé que le critère fondamental pour le maintien en vie d'un centre régional ou sous-régional devait être le fait qu'il offre ou non quelque chose dont ne disposent pas les pays individuels. Dans quelques cas, la Région disposait maintenant de centres d'excellence qui pourraient assumer certaines des fonctions des centres panaméricains, ces derniers étant progressivement absorbés dans les institutions nationales du pays d'accueil tout en continuant à fournir des services à l'ensemble des Amériques. Par ailleurs, certaines des fonctions des centres pourraient être assumées par les 204 centres collaborateurs de l'OMS dans la Région, ou elles pourraient être exécutées au moyen d'échanges de professionnels, de la mobilisation des ressources dans les universités, d'une plus grande utilisation des professionnels nationaux plutôt que de professionnels internationaux, et d'alliances avec le secteur privé, des fondations ou des ONG. Alternativement, il pourrait se faire que les centres existants deviennent matures au point de pouvoir fonctionner par eux-mêmes, l'OPS jouant un rôle moins marqué de direction et plus marqué de partenariat.

73. D'autre part, les Membres avaient souligné que, du moins dans la sous-région des Caraïbes, les centres étaient considérés comme des instruments critiques de la

coopération technique entre les pays. Ils étaient essentiels au développement de la santé dans la sous-région, ayant la fonction de compléter et d'appuyer les efforts nationaux, et la sous-région était très reconnaissante de l'appui de l'OPS aux centres. Étant donné la grande variété de capacité technique au niveau national, les centres avaient un rôle important à jouer pour aider les pays qui étaient moins bien dotés. Il semblait pour certains délégués que l'intervention de l'OPS dans cette coopération technique serait toujours essentielle, du moins dans une certaine mesure. Au vu de la situation économique de la sous-région, la mobilisation de fonds extrabudgétaires était considérée comme critique pour la viabilité des centres. Certains délégués appuyaient la mobilisation de fonds extrabudgétaires non seulement à travers le développement de projets, mais aussi à travers la vente des services, étant donné que dans de nombreux cas, les services étaient vendus aux communautés sanitaires des ONG et du secteur privé, qui pourraient devenir des partenaires importants dans le développement de la santé. Cela étant, ils estimaient que cette approche ne devait pas être exclue mais qu'elle devait être appliquée avec toute la prudence voulue. D'autres délégués toutefois, estimaient que si les centres devenaient plus actifs dans la vente de leurs services, ils auraient tendance à devenir des entreprises commerciales, ce qui serait contraire à l'esprit de leur mandat.

74. Néanmoins, les délégués ont reconnu que le temps présent était un temps de pressions sur les ressources financières et de hausse continue des coûts d'exploitation. La plupart des pays d'accueil assuraient une contribution substantielle au coût de fonctionnement des centres, qu'elle soit financière ou en nature, et par conséquent les gouvernements devaient examiner l'utilité des centres dans leur pays ainsi que les possibilités réelles de poursuivre cet appui à l'avenir. Toute évaluation d'un centre devait également inclure une analyse de la capacité de son pays d'accueil à assurer toutes les fonctions qui avaient été convenues à l'origine. Si le pays hôte n'était pas en mesure de s'acquitter de fonctions qui étaient encore considérées essentielles, alors l'OPS devrait intervenir.

75. Les Membres ont également fait remarquer que le Bureau sanitaire panaméricain lui-même avait un nombre considérable de programmes régionaux, et qu'il était important de veiller à ce que les activités des centres panaméricains ne reproduisaient pas leurs efforts, en y affectant les maigres ressources. Les opinions étaient divisées sur la question de savoir si les centres devaient être les exécuteurs ou les animateurs de la coopération technique, un délégué suggérant qu'ils devaient être les deux à la fois.

76. Une préoccupation importante était le fait que les fonds de l'OPS étaient utilisés pour appuyer le travail à PANAFTOSA, dont l'activité primaire n'était pas liée à la santé humaine. On a suggéré que l'Organisation examine la possibilité d'avoir des parties du travail de PANAFTOSA financées par l'Organisation pour l'alimentation et l'agriculture (FAO) des Nations Unies ou par d'autres organismes agricoles.

77. Citant des difficultés à comprendre les chiffres, le Sous-Comité a demandé au Secrétariat d'inclure un plus grand nombre de données dans la situation financière des centres dans les versions futures du document, notamment des graphiques budgétaires, des états de l'impact financier, etc. Alors que cette question devait être examinée à nouveau par le Comité exécutif, les Membres estimaient qu'on ne pouvait pas laisser se poursuivre une situation financière précaire dans les centres. Les déficits financiers, couplés avec des budgets dont 70 % étaient destinés aux dépenses de personnel, rendraient impossible de maintenir les programmes nécessaires.

78. Notant que le document préparé pour le SPP faisait allusion à une liste de critères pour l'évaluation des centres, le Sous-Comité a voulu savoir si ces critères incluaient « le rapport avec la situation sanitaire dans la Région, » et il a demandé que la liste intégrale des critères soit incluse dans le document à soumettre au Comité exécutif pour guider sa discussion sur ce point. Il a également suggéré de mieux expliciter les abréviations et les acronymes dans la prochaine version du document.

79. Le Dr Etienne a dit qu'elle avait pris bonne note des recommandations du Sous-Comité concernant le document et qu'elle veillerait à ce que les changements et modifications suggérés soient incorporés dans la version suivante. Le Secrétariat entreprendrait également de faire une analyse de situation plus détaillée de chaque centre, mais qu'au vu du nombre de centres, il aurait à exercer son jugement pour assurer que le document ne devienne pas trop long. Quelques revues techniques et administratives pour certains centres avaient déjà été réalisées, et ces documents pouvaient être mis à la disposition du Sous-Comité et par la suite du Comité exécutif et du Conseil directeur. Il serait difficile de faire des évaluations pour les centres restants avant la session de juin du Comité exécutif, mais le Secrétariat fournirait un calendrier à cette fin.

80. Elle était d'accord avec les remarques des délégués des Caraïbes sur les grandes disparités de capacité entre les pays. Lorsque les Organes directeurs examineraient cette question, elle était convaincue qu'ils tiendraient compte de cet aspect. Le Secrétariat effectuerait des analyses honnêtes et ouvertes de chaque centre, examinant tous les problèmes techniques et financiers entrant en ligne de compte, et évaluant également la capacité des institutions nationales à fournir la coopération technique.

81. La Directrice a rappelé que diverses approches avaient déjà été tentées pour traiter des problèmes concernant les centres panaméricains, et qu'il était important d'en tirer des leçons. Dans certains cas, la solution proposée avait empiré la situation. Par exemple, une tentative avait été faite de promouvoir une plus grande autosuffisance dans les centres à travers la vente de produits et de services, mais cela avait donné lieu à un mauvais alignement entre les activités des centres et les priorités globales de l'OPS. Plus sérieusement, en créant la concurrence entre le centre et les organes nationaux dans le même domaine, cette tentative avait abouti à un conflit avec le mandat primordial de l'Organisation qui consistait à renforcer la capacité nationale.

82. Il fallait également ne pas oublier que les centres avaient des fonctions différentes : recherche, formation, production, développement de la technologie, application des économies d'échelle et services partagés. Certaines de ces fonctions pouvaient être importantes pour certains groupes de pays, mais moins pour la Région prise dans son ensemble.

83. Pour ce qui concernait PANAFTOSA, il avait été établi par l'OPS sur la demande spécifique d'organes traitant de la santé vétérinaire, notamment la FAO et l'Organisation mondiale pour la santé animale, ou l'Office international des épizooties (OIE), comme il était connu à l'époque. PANAFTOSA a réalisé des développements techniques très importants pour la santé humaine. À la réunion organisée à Houston l'année antérieure par le Département de l'Agriculture des États-Unis, un groupe de travail avait été créé pour examiner la façon de poursuivre le travail dans le domaine de la santé publique vétérinaire, en particulier en ce qui concernait la fièvre aphteuse. Ce thème serait également examiné à la toute prochaine réunion de RIMSA, et on espérait trouver un moyen de continuer en ayant moins recours à l'appui traditionnel des ministres de la santé. Toutefois, il était conforme au mandat global de l'OPS de continuer à travailler avec des professionnels en santé humaine et animale, du fait que la majorité des récentes maladies humaines qui voyaient le jour étaient d'origine animale.

84. Il n'était pas facile de concevoir une approche qui pourrait traiter uniformément tous les problèmes affectant les centres panaméricains qui étaient un groupe divers d'institutions ayant des différences dans leur gouvernance, leurs modalités financières, leur âge, leur statut et leurs fonctions. Toutefois, le Secrétariat savait maintenant ce que recherchaient les Membres : un examen individuel des centres dans le cadre de paramètres donnés, et une stratégie globale qui préserverait et accroîtrait la capacité de coopération technique dans la Région et qui n'aggraverait pas les inégalités entre les pays.

Coopération technique en santé entre les pays des Amériques (document SPP39/4)

85. Le Dr Mariela Licha Salomón (Coordinatrice, Unité d'appui aux pays, OPS), a présenté le document préparé par le Secrétariat sur ce point, notant qu'il s'agissait d'un rapport de situation sur la stratégie établie dans un document de 1998 intitulé « Coopération technique entre pays : le Panaméricanisme au 21^e siècle. » Le concept de coopération technique entre pays (CTP) découlait du Plan d'action de Buenos Aires, qui à son tour trouvait son origine dans la Conférence des Nations Unies sur la coopération technique entre pays en développement, tenue en 1978. L'OPS a traditionnellement appuyé la coopération entre pays, et avec l'introduction de la stratégie pour le changement institutionnel en 2004, l'Organisation a renouvelé son engagement à la CTP.

86. Comme le montraient les données dans le document, les trois périodes biennales antérieures avaient été témoins d'une hausse soutenue du nombre de projets de CTP présentés, et la proportion des projets qui comprenaient une composante de surveillance et évaluation avait également augmenté. Sur les projets appuyés entre 1998 et 2003, 28 % incluait au moins l'un des pays prioritaires. On pouvait observer une prédominance claire de projets qui avaient lieu entre pays voisins ou entre pays de la même sous-région. Les 181 projets approuvés lors des trois dernières périodes biennales, relevaient de cinq secteurs de travail, bien que un cinquième environ d'entre eux touchaient à deux secteurs ou plus. Ces secteurs étaient les suivants : action intersectorielle et développement durable (25 %), information et technologie en santé (16 %), accès universel aux services de santé (23 %), contrôle des maladies et gestion du risque (23 %), et santé familiale et communautaire (13 %). La plus grande augmentation s'était produite dans le secteur de l'action intersectorielle et du développement durable, le nombre des projets approuvés ayant plus que doublé sur les trois périodes biennales. L'augmentation semblait témoigner d'un besoin d'intensifier le partenariat entre le secteur de la santé et d'autres secteurs et parties prenantes, ainsi que d'accroître la participation sociale. Un défi majeur pour le Secrétariat et les pays consistait à augmenter le nombre de projets relevant du secteur de la santé familiale et communautaire, qui se rapportait à plusieurs des Objectifs de développement pour le millénaire et ciblait de nombreux problèmes des pays prioritaires.

87. Il y avait trois modalités principales de CTP : la modalité de contribution (34 % des projets sur les trois dernières périodes biennales), qui signifiait un transfert en sens unique de ressources technologiques d'un pays à un autre ou à plusieurs autres; la modalité d'échange, ou coopérativisme, (52 %) par laquelle les pays travaillaient ensemble vers des objectifs communs et qui était enracinée dans l'idée que tous les pays avaient quelque chose à offrir aux autres, indépendamment de leur développement sanitaire national; et la modalité de réciprocité (14 %), par laquelle les pays combinaient leurs forces et leurs capacités respectives pour se compléter mutuellement.

88. Le document décrivait les principaux résultats des 181 projets analysés, le résultat principal étant la capacité renforcée au niveau national de traiter des problèmes particuliers. Il récapitulait également les leçons tirées et offrait des informations sur la mesure dans laquelle les recommandations contenues dans le document « Coopération technique entre pays : le Panaméricanisme au 21^e siècle » avaient été exécutées. Alors que le Secrétariat estimait qu'il avait appliqué sans réserve les recommandations, dans le cas de l'une d'entre elles, « profiter de toutes les possibilités des technologies modernes de communication et d'information (dont l'Internet) pour faciliter l'usage de la CTP en santé, » il reconnaissait qu'il restait encore beaucoup à faire. Le Secrétariat continuerait à faire tous les efforts possibles pour développer et adapter ses systèmes d'information afin d'améliorer la communication et l'information sur la CTP.

89. D'autres défis pour l'avenir comprenaient le besoin d'une définition plus précise des résultats escomptés des projets; d'une amélioration des méthodologies et procédures de surveillance et évaluation, conjuguée au développement de mécanismes pour une systématisation et une dissémination plus grandes des expériences et de l'information en matière de CTP; et un renforcement de la coordination entre les affaires étrangères et les secteurs de la santé en ce qui concernait les activités de CTP.

90. Le Sous-Comité a applaudi l'appui de l'Organisation à la coopération technique entre pays, soulignant que le concept de CTP tenait compte d'une valeur essentielle du panaméricanisme et allait droit au cœur de la véritable raison d'être de l'Organisation. C'était l'une des formes les plus efficaces d'investissement dans le développement national de la santé, qui produisait des leçons et une expérience précieuses pour tous les pays impliqués dans la relation avec la CTP, indépendamment de leur niveau de développement. De plus, la CTP pourrait être un excellent moyen d'influencer les ressources, du fait que, même si les projets eux-mêmes ne pouvaient impliquer que deux ou trois projets, leur impact pouvait être beaucoup plus généralisé en termes de leçons apprises et de l'identification de méthodes performantes. Étant donné l'importance de la CTP, le Secrétariat a été exhorté à accroître si possible l'allocation budgétaire à cette fin, à simplifier les processus d'examen et d'approbation des projets, et à développer des formes diverses d'exécution des projets, en faisant un usage accru des capacités des institutions nationales et en examinant la possibilité d'intégrer les ressources et les capacités d'autres agences de coopération. Le Secrétariat a également été encouragé à redoubler ses efforts pour assurer que les initiatives et les processus d'intégration sous-régionale continuent à bénéficier des possibilités accordées par la CTP. En outre, il a été suggéré que l'OPS étudie avec l'OMS les possibilités d'accroître la coopération technique entre les pays dans les Amériques et les pays dans d'autres régions.

91. Le Sous-Comité était heureux de savoir que le Secrétariat incorporait maintenant une composante d'évaluation dans le processus des projets, et il a demandé que des informations complémentaires sur le sujet soient incluses dans les versions futures du

document, indiquant, en particulier, des renseignements sur la façon dont les évaluations avaient été menées et par qui, et quelles méthodes devaient être employées pour systématiser cet aspect important du travail du projet. Il a mis l'accent sur le fait que tous les projets de CTP devraient incorporer des indicateurs de performance et d'évaluation, qui devraient être utilisés pour déterminer si les projets avaient atteint leurs objectifs et s'il y avait besoin d'une action de suivi par les pays ou par le Secrétariat.

92. Les Membres ont insisté sur le besoin d'un processus systématique pour assurer que les principes de la gestion basée sur les résultats étaient suivis. Ils ont noté que les directives de CTP devraient être actualisées pour tenir compte de l'application de cette approche. Alors que l'augmentation du pourcentage de projets qui produisaient un rapport final était bienvenue, ils engageaient l'OPS à exiger un rapport final pour tous les projets de CTP. Ces rapports devraient ensuite largement diffusés, en profitant des moyens modernes de communication, car ils donneraient au Secrétariat et aux États Membres des informations riches d'enseignements sur les résultats des projets et sur les impacts du processus de CTP lui-même. Le besoin de trouver une façon systématique de disséminer les méthodes performantes a été souligné. Ils ont fait remarquer que même des projets qui n'avaient pas été entièrement réussis produisaient des leçons importantes et que, du fait que la CTP représentait un investissement, il était important de savoir dans chaque cas dans quelle mesure l'investissement avait été efficace.

93. Constatant avec satisfaction la proportion relativement importante de projets de CTP qui avaient pris place dans les zones frontalières, les Membres ont demandé instamment que cette tendance se poursuive, parce que les frontières étaient des zones de besoins partagés et de solides liens culturels, économiques et spirituels entre pays voisins. En outre, il s'agissait souvent de zones connaissant des concentrations élevées de pauvreté et de besoins sanitaires non satisfaits. À cet égard, l'importance critique de la CTP comme moyen d'atteindre les Objectifs de développement pour le Millénaire a été mise en relief.

94. Les Membres se sont réjouis de voir que le Secrétariat avait fourni des possibilités de formation sur le concept, la gestion et le fonctionnement de la CTP à plusieurs pays en Amérique latine, et ont demandé que ces possibilités soient étendues aux Caraïbes et à l'Amérique du Nord. Un délégué a observé que tous les ministères de la santé n'étaient pas nécessairement familiarisés avec le processus de CTP, ce qui dénotait le besoin d'un effort accru parmi les représentants de l'OPS/OMS pour qu'ils agissent en tant qu'animateurs, informant les pays des opportunités de la CTP et les assistant à initier et développer des projets.

95. Il a été suggéré que l'OPS devrait également mettre l'information sur la CTP sur son site Web, incluant les directives de soumission de propositions, des exemples de propositions, des rapports et des résumés de projets, etc. D'autre part, le Secrétariat pourrait dresser un répertoire de pays et de programmes possibles de CTP qu'il souhaitait offrir. Le Secrétariat a été encouragé à disséminer plus largement les priorités de coopération technique dans la Région, afin que les pays puissent utiliser cette information pour développer des propositions de projets de CTP.

96. Concernant le document, les Membres ont suggéré que la prochaine version bénéficierait d'une analyse explicative du processus d'approbation de projets de CTP, incluant un calendrier indiquant les étapes pour la soumission de la proposition à approbation ou rejet, avec une explication des critères relatifs à l'attribution des fonds de CTP. Ils ont estimé d'autre part que le document devrait préciser quel était le pourcentage du budget de l'Organisation qui était affecté aux activités de CTP, ce qui se passait pour les portions non dépensées et comment les fonds non dépensés étaient réaffectés. La Déléguée des États-Unis a indiqué que sa délégation établirait une série détaillée de recommandations en demandant que le Secrétariat en tienne compte lors de la préparation de la prochaine version du document.

97. Le Dr Licha Salomón a salué la suggestion d'une analyse de l'ensemble du processus d'approbation et a indiqué que la prochaine version du document comporterait des informations sur les critères d'évaluation technique et d'approbation des projets. Quant à la suggestion de dresser la liste des priorités de la Région pour coopération technique, elle a expliqué que dans le cadre de l'approche de CTP, les pays donnaient la priorité aux domaines dans lesquels ni eux-mêmes ni le Secrétariat de l'OPS n'avaient la capacité technique ou l'expertise voulues, mais un autre pays disposait de la capacité technique ou de l'expertise dans ces domaines.

98. Les ressources consacrées aux projets de CTP représentaient environ 1 % du budget ordinaire de l'Organisation. En outre, certains projets étaient financés par une troisième source où les fonds étaient donnés par un troisième pays qui n'intervenait pas directement dans le projet de CTP. Donc, le montant modeste fourni par le Secrétariat pouvait être effectivement multiplié pour produire un impact beaucoup plus grand. Les projets de CTP étaient généralement efficaces par rapport au coût. Généralement, l'OPS paierait une grande part du voyage des experts nationaux, mais le coût réel des services des experts était pris en charge par leur institution qui continuait à leur verser leur salaire.

99. Elle était favorable aux suggestions concernant le rapport final des projets et sa dissémination, reconnaissant que dans ce domaine le Secrétariat devait faire un effort supplémentaire afin d'assurer que d'autres pays puissent bénéficier de l'expérience des pays participants. Elle a précisé que tous les projets avaient une composante d'évaluation : le problème était que les pays ne terminaient pas et ne soumettaient pas

toujours le rapport final. Le Secrétariat était conscient de leur importance et avait insisté auprès des pays pour que le rapport final soit toujours soumis. Le manuel de CTP était actuellement en cours de révision et il incorporerait certainement les éléments de la gestion basée sur les résultats. La formation pour les Caraïbes, et ensuite pour l'Amérique du Nord, était en cours, notamment au Mexique où elle s'était avérée très utile.

100. La Directrice a expliqué que le document SPP39/4 constituait une réponse à la demande faite au Secrétariat de produire un rapport de situation sur tous les projets qui avaient été réalisés avec le budget spécifiquement consacré à la CTP. Le document réel de politique sur la CTP avait été soumis et approuvé par les Organes directeurs en 1998. Si les États Membres souhaitaient entreprendre une révision de la politique, des processus et de la méthodologie pour la CTP, le Secrétariat serait prêt à préparer un document à cette fin, mais ce n'était pas là le but du document soumis au Sous-Comité.

101. L'OPS était la seule agence du système des Nations Unies qui avait fait une prévision spécifique dans son budget pour promouvoir la CTP. En ce sens, c'était leur organe qui avait pris au sérieux la Déclaration de Buenos Aires. En tenant compte de la stratégie adoptée en 1998, ces ressources avaient pour but d'être des fonds d'amorçage pour encourager et faciliter les projets de CTP. Plus de la moitié des projets de CTP n'impliquaient qu'environ \$20 000 à \$25 000 des fonds de l'OPS; les pays fournissaient le reste. Les montants réels dans le budget de l'Organisation étaient minimaux : \$2,7 millions sur la période biennale pour les 38 pays de la Région. Aucun membre du personnel du Secrétariat ni aucune ressource n'étaient spécifiquement affectés à la CTP et il n'existait pas d'unité spécifique de CTP. Le mécanisme de CTP de l'Organisation était un mécanisme très « léger », mais il avait servi à faire œuvre de sensibilisation et à promouvoir des systèmes nationaux de coopération entre les pays et à encourager des relations plus étroites entre le secteur de la santé et les mécanismes des affaires étrangères qui définissaient la coopération entre pays comme un élément de la politique étrangère.

102. Quant à la demande du Sous-Comité selon laquelle le Secrétariat devrait fournir des informations supplémentaires concernant les critères d'attribution de fonds pour la CTP, elle a souligné que dans l'approche de CTP, le leadership venait des pays et non du Secrétariat. Il n'y avait pas d'affectation régionale *per se* pour la coopération technique entre pays. L'OPS ne disposait pas d'un fonds qu'elle divisait entre projets. C'était les pays qui décidaient de consacrer une part des fonds de leur budget biennal à la CTP, et c'était eux qui prenaient la décision de démarrer un projet de CTP et de demander l'approbation et l'appui de l'OPS à ce projet. De même, l'OPS n'établissait pas les priorités pour les projets de CTP des pays. Les priorités pour la Région étaient clairement formulées dans le Plan stratégique pour 2003-2007 et d'autres documents de politique approuvés par les Organes directeurs. Le Secrétariat pouvait émettre des suggestions

quant à l'orientation des projets, mais les décisions sur le fait d'entreprendre un projet et, dans l'affirmative, les objectifs à poursuivre, étaient des décisions souveraines des pays concernés.

103. Par conséquent, le Secrétariat avait besoin des conseils des États Membres. Les Membres estimaient-ils qu'un fonds spécial devrait être créé dans le budget, avec les pays se faisant concurrence pour financer des projets de CTP, ou préféraient-ils conserver l'approche actuelle, dans laquelle un pourcentage de la part du budget biennal de chaque pays était réservé pour la coopération avec d'autres pays ? Quoiqu'il en soit, il serait nécessaire de tenir compte des restrictions imposées par la nouvelle politique budgétaire régionale, au titre de laquelle les ressources régionales seraient réduites et les allocations aux pays augmenteraient.

104. Le Président a dit que les commentaires indiquaient que le Sous-Comité estimait que le développement et la pratique de la CTP constituait un aspect critique des attributions de l'OPS. Il a suggéré qu'il serait utile de refaire circuler le document original de 1998 avant la session de juin du Comité exécutif pour permettre aux Membres d'avoir une compréhension claire de la stratégie et de l'approche actuelles de la CTP.

Budget programme proposé de l'Organisation panaméricaine de la Santé pour la période financière 2006-2007 (documents SPP39/3, SPP39/INF/1, SPP39/INF/2, et SPP39/INF/3)

105. Le Dr Karen Sealey (Chef de secteur, planification, budget programme et soutien aux projets, OPS) a introduit ce point en offrant un aperçu historique du contexte dans lequel le budget programme biennal (BPB) était formulé et en décrivant ensuite l'approche stratégique et programmatique appliquée dans son développement. En ce qui concernait le contexte, elle a noté qu'alors qu'il y avait eu une croissance nominale du budget ordinaire sur les 30 années antérieures, en termes de dollars constants 1986, il avait baissé de 22,2 %, ce qui avait signifié une réduction dans le financement pour la programmation de la coopération technique. Parallèlement, la part de l'OMS du budget de l'Organisation avait diminué régulièrement, en particulier à la suite de l'adoption par l'Assemblée mondiale de la Santé de la résolution WHA51.31, qui avait changé la formule de la distribution des ressources entre les régions. Ceci avait accru la pression sur la portion du budget de l'OPS pour appliquer les augmentations de coût obligatoires au cours des deux périodes biennales antérieures. Cette pression avait été largement prise en charge par les États Membres par le biais de l'augmentation de leurs contributions.

106. En raison de ce contexte, le Secrétariat avait commencé à développer une proposition de BPB pour 2006-2007 qui s'efforçait de régler le problème des contraintes financières existantes et de tenir compte des diverses politiques qui guidaient le travail de l'Organisation. À cette fin, il appliquait une approche stratégique et programmatique,

dont la caractéristique principale était une approche unique de budget programme, dans laquelle le BPB présenté montrerait la totalité du programme de coopération technique proposé pour la période biennale, indépendamment de la source de financement. Dans le passé, les propositions budgétaires ne reflétaient seulement que les fonds escomptés du budget ordinaire et les fonds engagés en provenance d'autres sources (contributions volontaires). La nouvelle approche était en harmonie avec la gestion basée sur les résultats et les nouvelles tendances en matière de mobilisation des ressources. La proposition indiquerait le programme total que le Secrétariat souhaitait exécuter et les résultats qu'il comptait obtenir. Dans le même temps, il indiquerait les domaines qui étaient actuellement non financés, ce qui devrait faciliter la mobilisation de contributions volontaires.

107. Une deuxième approche stratégique importante était l'alignement sur le processus de planification globale et la structure de budget programme globale de l'OMS. L'effort sur la voie de l'alignement sur l'OMS avait commencé lors de la période biennale 2004-2005, quand les secteurs de travail avaient été réduits de 68 à 42. Pour la période biennale 2006-2007, l'OPS aurait les mêmes 36 secteurs de travail que l'OMS, sauf que l'un, présence de base dans les pays, avait été divisé en trois secteurs distincts de travail, tenant compte de l'état avancé de la Région par rapport à la coopération au niveau des pays. Les secteurs de travail (ST) représentaient les composantes de planification pour le budget programme. Des spécifications de ST avaient été développées pour chaque secteur, incluant les problèmes, les enjeux, les objectifs et les résultats attendus, tant au niveau des pays qu'au niveau régional. Chaque unité du Siège, bureau de pays et centre panaméricain relierait ses propres résultats escomptés aux résultats attendus au niveau de toute la Région. Par conséquent, il serait possible de voir comment toutes les différentes composantes de l'Organisation travaillaient en vue des résultats régionaux attendus et également comment la Région contribuait aux résultats attendus globaux de l'OMS.

108. Concernant les directives de politique pour le BPB, une directive majeure était le Plan stratégique pour le BSP durant la période 2003-2007. La Directrice avait récemment introduit un cadre de coopération technique axé sur les ODM destiné à exécuter ce Plan qui faciliterait la revue du travail des différentes unités pour assurer que le Secrétariat se concentrait en fait sur les priorités en vue de la réalisation des ODM et le développement de la santé au niveau des pays. Le cadre se composait de trois parties : s'occuper de l'agenda inachevé, protéger les réalisations du passé et relever de nouveaux défis.

109. La politique de budget programme régionale approuvée par les États Membres en septembre 2004 constituait une autre directive importante de politique. Comme les Membres s'en rappelaient, le 45^e Conseil directeur avait demandé au Secrétariat de soumettre au SPP des critères précis pour l'application de la portion variable des affectations aux pays, et le Secrétariat proposait trois critères hiérarchisant (1) les pays souffrant de perturbations majeures dans leur économie, (2) les pays courant le risque de

ne pas atteindre les cibles des ODM, et (3) les pays dans lesquels les réductions dans le budget essentiel menaceraient la viabilité opérationnelle. La proposition de BPB tenait également compte de la nouvelle affectation sous-régionale prévue dans le cadre de la politique budgétaire pour formaliser et intensifier l'appui de l'OPS à l'agenda de la santé des divers mouvements d'intégration régionaux. Une information complémentaire sur la politique de budget programme régionale était présentée dans le document SPP39/INF/1.

110. En conclusion, elle a indiqué qu'il était important de reconnaître que le processus pour l'élaboration du BPB avait changé considérablement afin d'assurer un axe véritable sur les pays et d'appliquer une approche de gestion basée sur les résultats, montrant la totalité des ressources requises pour réaliser les résultats souhaités et identifiant les lacunes de financement, permettant ainsi à l'Organisation d'être beaucoup plus stratégique dans sa mobilisation et son usage des ressources.

111. M. Roman Sotela (Chef d'unité, planification et budget programme, OPS) a ensuite présenté la proposition du budget lui-même. Il a noté que le budget ordinaire approuvé pour la période biennale en cours, 2004-2005, était de \$259.530.000.¹ La proposition pour 2006-2007 était de \$275.490.000. Ce montant comportait une augmentation de \$15.960.000 (6,2 %) dans le budget combiné OPS/OMS, uniquement pour couvrir les augmentations de coût obligatoires pour les postes. La distribution du montant proposé entre les secteurs de travail était indiquée dans l'annexe au document SPP39/3. La part de l'OMS du montant proposé devait être de \$82.383.000, faisant ainsi la part de l'OPS de \$193.107.000, une augmentation de \$6.307.000 (3,4 %), par rapport à 2004-2005. La part de l'OPS serait financée par \$178.607.000 de contributions des États Membres – une augmentation de \$5.307.000 (3,1 %) par rapport au budget de 2004-2005 – et \$14.500.000 en revenus divers. Le dernier chiffre était de \$1.000.000 (7,4 %) supérieur au montant de revenus divers inclus dans le budget approuvé pour 2004-2005.

112. En préparant la proposition de budget ordinaire, le Secrétariat avait tenu compte de plusieurs considérations stratégiques. Tout d'abord, il avait comptabilisé l'augmentation prévue de \$9,6 millions dans le financement ordinaire de l'OMS, qui ferait passer la portion du budget de l'OMS de 28 % à 29,9 %. Parallèlement, il avait cherché à limiter les augmentations aux coûts des postes seulement, ne prévoyant aucune augmentation pour les coûts inflationnistes dans la portion programme du budget, et il s'était engagé à maintenir l'augmentation des contributions à un minimum. De plus, le Secrétariat continuait à chercher des moyens de renforcer l'efficacité et la productivité de la gestion. Dans sa présentation sur le changement institutionnel, la Directrice avait donné une description détaillée des mesures prises à cet égard, et le document SPP39/INF/3 apportait des informations supplémentaires.

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

113. En ce qui concernait les contributions volontaires, pour 2006-2007 le niveau proposé de ces contributions était de \$275.731.000. Sur ce montant, il était estimé qu'environ \$132.000.000 proviendraient des contributions volontaires de l'OMS et \$143.731.000 des contributions directes à l'OPS. À titre de comparaison, à la fin de la première année de la période biennale en cours, l'OPS disposait de contributions volontaires se montant à un total d'environ \$144 millions - \$128 millions de contributions directes à l'OPS et \$16 millions du pool de contributions volontaires de l'OMS.

114. Le budget total de l'OPS/OMS proposé pour 2006-2007 était donc de \$551.221.000, divisé pratiquement en parties égales entre fonds du budget ordinaire et contributions volontaires. La distribution du budget total par section d'appropriation était essentiellement la même que la distribution du budget ordinaire; la ventilation était donnée à l'annexe du document SPP39/3.

115. Le Sous-Comité a applaudi l'alignement plus étroit du programme et du budget de l'OPS sur ceux de l'OMS et l'accent mis sur la transparence et la budgétisation basée sur les résultats. Les délégués ont constaté avec satisfaction que la proposition tenait compte de la prise en considération de ce qui était requis pour réaliser les Objectifs de développement pour le Millénaire et des implications du onzième Programme général de travail de l'OMS, ainsi que du Plan stratégique de l'OPS pour 2003-2007 et des recommandations du Groupe de travail sur l'OPS au 21^e siècle. Il a également noté avec satisfaction l'accent accru mis sur le travail au niveau sous-régional et les affectations qui y étaient consacrées.

116. Tout en reconnaissant que les États Membres imposaient des demandes croissantes sur l'Organisation et que l'inflation et les coûts à la hausse du personnel augmenteraient les coûts de fonctionnement de l'OPS, des délégués ont posé la question du besoin d'une augmentation de la portion du budget ordinaire de l'OPS, en particulier au vu de l'augmentation attendue de l'allocation de l'OMS à la Région. À cet égard, le Sous-Comité a encouragé tous les États Membres des Amériques à assurer l'approbation par l'Assemblée mondiale de la Santé de la demande de la Région de \$82,4 millions de fonds du budget ordinaire de l'OMS. Le Secrétariat a été prié d'exposer ses vues sur l'impact qu'avait la valeur du dollar des États-Unis sur les coûts de l'Organisation.

117. On a fait remarquer qu'il serait difficile pour les pays d'accepter une augmentation de 3,1 % de leur contribution à l'OPS lorsque l'OMS demandait également une augmentation importante de leur contribution. Le besoin de discipline disciplinaire et d'un établissement attentif des priorités a été mis en relief, ainsi que le besoin de continuer à s'efforcer d'augmenter le coût-efficacité du travail de l'OPS. Le Sous-Comité a demandé que la prochaine version de la proposition budgétaire comporte une

information plus détaillée sur les mesures prises pour accroître l'efficacité au sein de l'Organisation ainsi qu'une clarification sur la façon dont les priorités étaient établies. Les délégués ont noté que la proposition indiquait des augmentations dans pratiquement tous les secteurs, ce qui posait des difficultés pour savoir quels aspects spécifiques étaient mis en priorité. Une suggestion a été faite selon laquelle les présentations futures du budget au SPP devraient comporter des informations plus détaillées de ce type, en particulier l'analyse de la performance des différents programmes comme base de l'établissement des priorités. Cette information permettrait au Sous-Comité de mieux servir de filtre pour résoudre les problèmes avant le Comité exécutif.

118. Le Sous-Comité a également suggéré que la prochaine version de la proposition budgétaire devrait présenter plusieurs options et montrer l'impact du programme de chacune de ces options. Par exemple, une option pourrait être le niveau d'augmentation proposée dans le document SPP39/3, incluant l'augmentation de 3,1 % des contributions. Une autre option pourrait tenir compte seulement de l'augmentation des fonds de l'OMS, avec une croissance nominale zéro dans la portion de l'OPS. Une autre encore pourrait être le maintien du budget ordinaire total au niveau de 2004-2005. Ce type d'information lui aussi indiquerait de façon plus précise où se trouvaient les priorités et donnerait aux États Membres une base plus concrète pour prendre leur décision.

119. Les délégués ont demandé des clarifications complémentaires sur la façon dont la portion variable des affectations des pays serait utilisée et l'approche budget programme unique, en particulier en ce qui concernait la portion non financée et le ciblage des contributions volontaires. Ils ont fait remarquer que le montant alloué à la coopération technique entre pays (CTP) semblait avoir été réduit de plus de 50 %, et ils ont demandé au Secrétariat d'expliquer les raisons pour une diminution de cette ampleur, en particulier au vu de la discussion antérieure du Sous-Comité sur la CTP, qui avait établi clairement que les États Membres accordaient une grande importance à cette modalité de coopération. Des informations complémentaires ont également été demandées sur l'allocation à la gestion du savoir et à la technologie de l'information, qui semblait avoir été augmentée substantiellement par rapport à la période biennale antérieure. Les Membres ont exprimé l'espoir qu'un financement approprié et stable serait consacré au travail dans le domaine de la santé des populations autochtones et à l'initiative MSEA (ministres de la santé et de l'environnement des Amériques), qui étaient tous deux des domaines importants de travail pour l'OPS et ses États Membres dans le cadre des Sommets des Amériques. Dans le même temps, des questions étaient soulevées quant au bien-fondé du travail de l'OPS dans le domaine de la fièvre aphteuse. Alors qu'ils reconnaissaient que dans l'agriculture et le commerce, des problèmes tels que la fièvre aphteuse avaient des implications pour la santé humaine, ils ont souligné que l'accent de l'OPS devait être sur la santé humaine.

120. Le Dr Sealey a remercié le Sous-Comité de ses réactions, qui seraient très utiles pour le Secrétariat dans la préparation du document qui serait soumis au Comité exécutif. Répondant aux commentaires et questions spécifiques des délégués, elle a dit que la portion variable des allocations des pays serait utilisée pour répondre aux besoins urgents ou aux challenges dans les pays, en appliquant les trois critères précités. Il était impossible de dire exactement comment les fonds seraient utilisés parce qu'on ne savait pas encore où ces besoins et ces défis se produiraient; toutefois, à la fin de la période biennale 2006-2007, le Secrétariat fournirait une comptabilité précise de la façon dont la portion variable avait été utilisée.

121. Pour ce qui était de l'affectation à la CTP, alors que les chiffres faisaient apparaître qu'elle avait été réduite pour ce secteur, en fait il n'en était rien. La période biennale 2006-2007 devait être considérée comme une période de transition à la suite de l'adoption de la nouvelle politique de budget programme régionale. Dans le passé, une certaine proportion de l'allocation pour chaque pays avait été réservée pour la CTP; toutefois, en résultat de la nouvelle politique budgétaire, les allocations d'environ la moitié des États Membres avaient changé, dans certains cas l'augmentation avait été considérable. Dans ces cas précis, il n'était pas réaliste de s'attendre à ce que les pays soient en mesure d'augmenter la CTP dans la même mesure sur une seule période biennale. Alors que le Secrétariat continuerait certainement à travailler avec les pays pour encourager et faciliter la CTP pendant la période biennale 2006-2007, les augmentations devraient être échelonnées sur plusieurs années. Le Secrétariat préparerait un complément d'information pour le Comité exécutif sur l'approche de la CTP pendant la période biennale 2006-2007, en prenant en compte le fait qu'il s'agissait d'une période de transition dans le cadre de la nouvelle politique. Il présenterait également le cadre qu'il développerait pour l'exécution de la composante sous-régionale du budget, dont une grande partie impliquerait la coopération technique entre pays dans les divers blocs sous-régionaux.

122. En ce qui regardait l'allocation pour la gestion du savoir et la technologie de l'information, elle a noté que la majorité de l'augmentation pour ce secteur consistait en contributions volontaires; l'affectation du budget ordinaire ne changerait pas beaucoup par rapport à 2004-2005. L'augmentation du financement global pour ce secteur témoignait du fait qu'il ne s'agissait pas d'un programme vertical, mais d'un mode de coopération technique étant appliqué dans l'Organisation. Des ressources considérables étaient nécessaires à cette fin, non seulement pour l'acquisition de matériel informatique, mais surtout pour le recyclage du personnel afin de développer les qualifications et créer la culture requise par cette nouvelle manière de travailler. Quant à l'allocation pour la fièvre aphteuse, elle témoignait de l'histoire du travail de l'Organisation dans ce domaine et de ce qu'elle faisait actuellement. Toutefois, cette part du programme pouvait certainement être ajustée si les États Membres le souhaitaient.

123. En ce qui concernait l'établissement des priorités, elle a rappelé que le Plan stratégique pour 2003-2007 avait arrêté trois priorités principales : les cinq pays clés; les populations spéciales, notamment les populations autochtones; et les domaines de priorité technique. Elle a assuré le Sous-Comité qu'il avait été pris grand soin d'assurer que le programme et le budget proposés tenaient compte de ces priorités, au moyen de l'application de la politique budgétaire régionale, au moyen des programmes des unités régionales, et au moyen du cadre de coopération technique à trois composantes. Toutefois, pour la prochaine itération de la proposition du BPB, le Secrétariat s'efforcera de présenter plus clairement où étaient les priorités et la façon dont elles étaient traitées. Quant à l'approche budget programme unique, l'idée était de présenter la totalité des résultats que le Secrétariat souhaitait réaliser et la totalité des fonds qui seraient nécessaires pour y arriver, incluant les parties non financées ou les insuffisances de financement. Il serait donc possible de montrer aux partenaires de l'Organisation exactement où les contributions volontaires supplémentaires étaient requises, ce qui à son tour assurerait que le moteur des activités de l'OPS n'était pas extérieur mais qu'elles étaient guidées par un programme développé pour répondre aux besoins des pays.

124. M. Sotela a ajouté qu'une partie de l'objectif du Secrétariat en présentant une proposition de budget avec des portions non financées était d'accéder à une part plus équitable des contributions volontaires mobilisées par l'OMS. Les Amériques avaient traditionnellement reçu un très petit pourcentage de ces ressources, alors que toutes les autres régions recevaient une proportion qui était au moins égale à leur part du budget ordinaire global. La part de la Région du budget ordinaire de l'OMS avait varié de 6,9 % à 8,5 % sur les quelques dernières périodes biennales, mais elle avait reçu moins de 1 % du total des contributions volontaires de l'OMS. En montrant clairement où étaient les insuffisances de financement dans le budget de l'OPS, le Secrétariat adoptait une approche plus agressive, voulue pour mobiliser un plus grand montant de ces ressources.

125. Concernant l'impact du dollar des États-Unis sur les coûts de l'Organisation, la baisse de la valeur du dollar représentait un facteur énorme dans l'augmentation de \$15,96 millions des coûts des postes. Dans un budget dollarisé, quand le dollar était normal et sain, l'effet des augmentations des coûts sur les postes de terrain – qui représentaient 50 % du total des coûts des postes de l'OPS – était nul. Toutefois, en conséquence du dollar à la baisse, en 2006-2007 les coûts des postes de terrain augmenteraient d'environ 11 %. Les coûts pour les postes basés à Washington augmenteraient de quelque 9 %, rendant l'augmentation moyenne des postes d'environ 10 %. L'augmentation des coûts des postes témoignait également du fait qu'ils devenaient une proportion de plus en plus grande du budget total, en dépit d'une réduction importante du nombre de postes. En 2006-2007, les postes représenteraient environ 64 % du budget total, par rapport à 58 % en 2004-2005. Ceci était un effet des augmentations obligatoires liées aux postes qui étaient en dehors du contrôle du Secrétariat.

126. La Directrice a estimé qu'il fallait tenir compte de plusieurs considérations importantes concernant le budget programme proposé pour 2006-2007. En tout premier lieu, il y avait le fait que le budget, tout comme l'Organisation elle-même, avait subi une restructuration majeure. Les secteurs de travail avaient été réduits et restructurés, et la composante sous-régionale avait été ajoutée, diminuant ainsi la dimension de la composante régionale. D'autre part, quand les postes représentaient plus de 60 % du budget et quand les coûts des postes augmentaient alors de 10 %, cela signifiait que les postes avaient une influence considérable sur la façon dont le budget était structuré. Dans un budget relativement petit tel que celui de l'OPS, déplacer un seul poste faisait une grande différence dans la proportion du budget total alloué à un secteur donné. Tous ces éléments rendaient difficile de comparer la proposition pour 2006-2007 avec les budgets de périodes biennales antérieures. Le Secrétariat était bien conscient de cette difficulté, et il était également fermement engagé à la transparence dans le processus de budgétisation et ferait tout ce qu'il y avait en son pouvoir pour répondre aux questions des Membres et à leurs préoccupations. À cette fin, il pourrait envisager de créer un forum pour discussion du budget sur le site Web de l'Organisation, afin de donner à tous les États Membres, notamment ceux qui n'étaient pas représentés au SPP ou au Comité exécutif, une possibilité d'exposer leurs vues et de poser des questions avant le Conseil directeur.

127. Une autre considération touchait au fait que l'augmentation proposée de 3,4 % était inférieure à l'augmentation réelle des coûts parce que 23 postes avaient été éliminés – la plus grande réduction jamais faite sur une seule période biennale – et parce que le Secrétariat avait réalisé des épargnes d'efficacité. Bien sûr il continuerait à poursuivre ces épargnes, mais il fallait reconnaître qu'il y avait une limite au nombre de mesures d'efficacité qui pouvaient être introduites et qu'en plus, ces mesures elles-mêmes entraînaient souvent des coûts. Par exemple, l'Organisation s'était engagée à faire un usage optimum de la technologie de l'information, mais la mise en place de cette technologie exigeait un investissement considérable.

128. Comme elle l'avait mentionné dans sa présentation sur le changement institutionnel, l'un des moyens par lesquels le Secrétariat s'efforçait de travailler plus efficacement – et également pour contrebalancer la réduction de personnel – consistait à utiliser les services partagés et communs, en particulier les services administratifs, la technologie de l'information, et les services de documentation et d'information. Le partage de ces services pourrait produire des économies d'échelle substantielles. Un autre domaine dans lequel il serait possible de réaliser des épargnes d'efficacité supplémentaires était celui de la gouvernance. Elle a noté que le Sous-Comité sur la femme, la santé et le développement avait récemment décidé de former un groupe de travail pour examiner la composition, les fonctions et la fréquence des réunions de cet organe. Il pourrait également être utile d'envisager de réduire la fréquence des réunions du SPP à tous les deux ans, le Sous-Comité ne se réunissant que lors des années du

budget. Elle ne souhaitait pas donner l'impression que le Secrétariat cherchait à limiter la gouvernance ou la supervision par les États Membres, mais il pourrait être possible de trouver des mécanismes autres que les réunions qui permettraient une gouvernance forte et efficace, mais à un moindre coût. Elle pensait qu'il était important d'examiner toutes les options pour accroître le coût-efficacité afin de préserver la coopération technique substantielle et les fonctions normatives de l'Organisation.

129. En ce qui concernait les préoccupations soulevées par les activités de l'OPS dans le domaine de la fièvre aphteuse, comme il avait été mentionné dans la discussion sur les centres panaméricains, ces activités remontaient à 1950. Il était certain que la situation avait changé depuis lors, et que le moment serait en fait venu de reconsidérer l'intervention de l'Organisation dans les activités relatives à la fièvre aphteuse. C'était là une décision à prendre par les États Membres. La prochaine Réunion interaméricaine, au niveau ministériel, sur la santé et l'agriculture (RIMSA) offrirait un bon forum de discussion de ce sujet. Elle souhaitait souligner toutefois que l'agenda de la santé agricole s'était élargi considérablement au-delà de la fièvre aphteuse et comprenait maintenant la sécurité alimentaire, les aliments génétiquement modifiés, et d'autres thèmes relatifs au commerce et à l'innocuité des aliments. En fait, l'innocuité des aliments avait sa propre allocation budgétaire parce qu'il s'agissait d'une priorité identifiée par les États Membres dans les Organes directeurs de l'OMS et de l'OPS.

130. Quant au financement de l'initiative MSEA, les quatre priorités devant être discutées lors de la réunion de juin des ministres de la santé et de l'environnement en Argentine – eau, assainissement, déchets solides et produits chimiques – étaient toutes couvertes par le secteur de la Santé et de l'Environnement, qui tombait dans la section d'appropriation du Développement durable et de la Santé environnementale. Après le Développement des Systèmes de Santé, cette section recevait la deuxième proportion la plus importante du budget programme.

131. Enfin, en ce qui concernait les contributions volontaires de l'OMS, alors que le Secrétariat s'efforçait de garantir une part plus équitable pour la Région alors que le leadership de l'OMS semblait disposé à allouer une plus grande proportion de ces contributions aux Amériques, il était important pour les États Membres, en particulier ceux qui étaient des donateurs importants, d'exercer le plaidoyer au nom de la Région.

132. Répondant au dernier commentaire de la Directrice, le Délégué du Canada a suggéré que la question des contributions volontaires pourrait être soulevée lors de la réunion des ministres de la santé des Amériques qui précédait l'Assemblée mondiale de la Santé. Concernant la suggestion selon laquelle le SPP devrait se réunir tous les deux ans afin d'accroître l'efficacité et de réduire les coûts, il a estimé que la proposition méritait considération, à condition qu'un autre moyen soit trouvé pour permettre aux États Membres d'exposer leurs vues sur les activités administratives, de gouvernance, de budgétisation et de planification.

Rapport du Groupe de travail sur l'OPS au 21^e siècle (documents SPP39/7 et SPP39/7, Add. I et Add. II)

133. L'Honorable Jerome H. Walcott (Barbade, Président du Groupe de travail sur l'OPS au 21^e siècle) a présenté un récapitulatif des activités du Groupe de travail à ce jour. Il a rappelé que le mandat du Groupe de travail trouvait ses origines dans la résolution CD44.R14, adoptée au 44^e Conseil directeur en septembre 2003. Le Groupe de travail était composé de cinq pays centraux : l'Argentine, la Barbade, le Costa Rica, Cuba et le Pérou. Toutefois, c'était un groupe ouvert, et plusieurs autres pays avaient participé activement, dont le Brésil, le Canada, le Chili, les États-Unis d'Amérique et le Mexique. Lors du 45^e Conseil directeur en septembre 2004, un aperçu avait été donné des activités entreprises et des documents préparés par les divers pays participants. À l'époque, il y avait eu trois réunions du Groupe de travail, et une quatrième réunion s'était tenue par la suite à Rio de Janeiro en décembre 2004. À cette réunion, le Groupe de travail avait revu plusieurs documents préparés par les pays et par le Secrétariat sur une série de thèmes, dont la science et la technologie, les ressources humaines en santé et leur déploiement, et les ressources financières pour la santé. Les idées dans les documents avaient été discutées et analysées, et des recommandations sur des modifications avaient été faites. De plus, le Groupe de travail avait examiné la première version provisoire d'un document de synthèse, qui avait été préparé par le Secrétariat, en tenant compte de tous les divers documents préparés par les pays individuels.

134. La prochaine étape avait alors consisté à extraire les recommandations pour en faire un chapitre séparé du document, qui serait éventuellement présenté sous la forme d'une résolution au 46^e Conseil directeur. La cinquième réunion s'était tenue à Washington en février 2005. Les documents modifiés avaient été examinés, à l'exception du document modifié sur les ressources financières, qui n'était pas disponible à l'époque. Le Groupe de travail avait discuté une deuxième version du document de synthèse, qui avait donné lieu au troisième document de synthèse qui se trouvait maintenant devant le Sous-Comité.

135. De plus, la réunion la plus récente du Groupe de travail avait commencé à examiner les recommandations, et un comité de rédaction avait été établi. Le comité s'était réuni durant la session en cours du Sous-Comité. L'intention était d'avoir tous les documents prêts pour une sixième réunion du Groupe de travail, qui devait se tenir à la Barbade en avril. Lors de cette réunion, le Groupe discuterait des recommandations et la dernière version provisoire du document de synthèse, de façon à avoir un document de synthèse final, recommandations comprises, pour le 2 mai. Ce document serait ensuite distribué aux États Membres de l'OPS avec la demande qu'ils soumettent leur opinion. Il a noté que, mis à part les pays qu'il avait mentionnés précédemment, la participation des États Membres jusqu'à présent laissait beaucoup à désirer.

136. Il était également prévu d'avoir une autre réunion à Genève, à laquelle le document et les recommandations pourraient être discutés par les délégations assistant à l'Assemblée mondiale de la Santé. Il était ensuite prévu de faire une présentation formelle de la dernière version provisoire au Comité exécutif en juin pour discussions ultérieures. Toutes les modifications finales seraient faites en juillet et en août. Le rapport final du Groupe de travail, avec ses recommandations, serait présenté au Conseil directeur en septembre, et il était prévu que les recommandations deviennent ensuite une résolution du Conseil directeur.

137. Le Sous-Comité a remercié le Groupe de travail pour son rapport, qui impliquait des thèmes revêtant une grande importance pour la Région dans son ensemble. Le Sous-Comité était convaincu que les recommandations et les résolutions subséquentes émanant des efforts du Groupe de travail seraient utiles pour tous les États Membres et le Secrétariat, et qu'un dialogue continu et ouvert permettrait le développement de mécanismes créateurs qui aideraient l'OPS à fonctionner d'une manière qui tiendrait compte des nouvelles réalités globales et à maintenir son leadership dans la Région et dans le monde.

Coopération OPS/OMS axée sur les pays et développement national de la santé (document SPP39/10)

138. Le Dr Pedro Brito (Chef du secteur du développement stratégique de la santé, OPS) a introduit ce point, notant que le document avait été préparé conjointement par son secteur et par l'Unité de soutien aux pays. Il a présenté un aperçu de l'approche de l'OPS de coopération axée sur les pays, et son utilisation de la stratégie de coopération avec les pays (SCP), qui était l'instrument méthodologique pour rendre opérationnelle l'approche axée sur les pays afin d'accélérer le développement national de la santé (DNS), qui était l'objectif ultime de la coopération axée sur les pays. Il a expliqué que l'un des problèmes les plus importants pour l'OPS et l'OMS à présent était la façon de réaliser l'efficacité et l'impact maximums dans la coopération technique avec les pays. Avec cet objectif à l'esprit, l'OMS a développé l'instrument de stratégie de coopération avec les pays (SCP)

au titre de son initiative « Country Focus. » L'OPS a adapté la SCP aux caractéristiques de la Région en vue de l'appliquer comme l'orientation stratégique sur le moyen terme de la coopération technique axée sur les pays dans chaque pays.

139. La condition clé pour assurer l'efficacité de la coopération technique était la spécificité. La coopération internationale en santé devait être fondée sur une étude systématique du processus de DNS et des politiques et plans de chaque pays. La SCP offrait un instrument pour assurer cette spécificité. C'était à la fois une méthodologie pour évaluer le niveau actuel de développement national de la santé et un instrument pour programmer la coopération technique sur le moyen terme. L'application de la SCP a mené à la construction d'une vision à moyen terme (4 à 6 ans) pour l'action de l'Organisation avec chaque État Membre, fournissant un cadre stratégique pour l'effort conjoint. L'objectif était de formuler une proposition de coopération intégrée qui, conformément au concept et aux objectifs du développement national de la santé, rendait possible le développement d'une stratégie unique et d'un budget programme unique pour le pays. L'approche SCP s'efforçait de trouver un juste milieu entre les priorités nationales et les orientations et stratégies régionales et globales. En particulier, l'approche SCP permettait à l'OPS d'aligner sa coopération technique sur l'objectif central des agences de développement des Nations Unies : renforcer la capacité institutionnelle et donner ensuite aux pays une base durable à partir de laquelle ils règlent leurs propres problèmes dans le contexte de leurs propres priorités, culture et valeurs.

140. Le premier résultat de l'application de la SCP dans un pays donné serait un accord entre le pays et l'Organisation qui constituerait le cadre stratégique à moyen terme pour la coopération technique, et qui fournirait la base d'un plan pour le renforcement de la capacité dans le bureau du pays, rendant possible d'apparier et d'adapter le profil de son personnel aux besoins de la coopération technique dans le pays. L'application de la SCP a également permis de définir l'infrastructure requise, en particulier dans le domaine de l'information et de la communication, et de produire un cadre pour la mobilisation de ressources et l'établissement de partenariats stratégiques avec les principaux acteurs intervenant dans la coopération dans le pays.

141. L'expérience acquise jusqu'à présent avait démontré qu'au niveau des politiques, l'application de la SCP renforçait le dialogue entre le ministère de la santé et les autres acteurs et aidait également à soutenir les fonctions normatives et réglementaires du ministère. Dans le même temps, elle encourageait la coordination entre les organes de coopération internationale travaillant dans le pays, permettant une efficacité et une productivité plus grandes dans l'établissement d'objectifs et d'agendas communs. L'approche de stratégie de coopération avec les pays avait démontré un grand potentiel dans les sept pays où elle avait initialement été appliquée, et pour cette raison le Secrétariat proposait maintenant d'étendre son application, en entreprenant des exercices de SCP dans tous les pays de la Région avant la fin de la période biennale 2006-2007.

142. Le Sous-Comité a été invité à exposer ses vues sur l'approche globale de la coopération axée sur les pays et sur la façon dont le Secrétariat pourrait utiliser la méthodologie de SCP de manière optimale dans la programmation et l'exécution de sa coopération technique pour la période 2006-2007.

143. Le Sous-Comité a fait part de son soutien sans réserve à la stratégie de coopération avec les pays comme méthode pour définir un agenda de la santé nationale qui se fondait sur les besoins et les priorités identifiés par le pays lui-même, agenda à l'appui duquel la communauté des donateurs et les agences de coopération internationale pourraient ensuite affecter leurs ressources. La SCP offrait ainsi une approche plus stratégique de la prestation de la coopération technique. Les Membres ont noté que l'usage de l'approche axée sur les pays alignerait plus étroitement le travail de l'OPS sur l'initiative « Country Focus » de l'OMS et sur les approches employées par d'autres organismes internationaux de développement. A cet égard, le Secrétariat a été prié de commenter l'interaction entre la méthodologie de stratégie de coopération des pays et les approches telles que les Documents de stratégie de réduction de la pauvreté (DSRP) et l'Évaluation commune des pays/Cadre d'assistance au développement des Nations Unies (ECP/CADNU). D'autres informations étaient également demandées sur la façon dont l'approche de SCP était liée au budget programme biennal, au Plan stratégique de l'OPS et à l'initiative OPS au 21^e siècle, ainsi qu'au programme général de travail de l'OMS.

144. En ce qui concernait le document, le Sous-Comité estimait qu'il était fortement conceptuel et qu'il serait plus utile pour les États Membres que la version suivante offre une information plus concrète sur la façon dont la méthodologie SCP était réellement appliquée, qui intervenait dans le processus et ce que cela impliquait, quels pays avaient déjà participé à un exercice de SCP, et quels pays étaient désignés pour le faire à l'avenir. On a fait remarquer que la participation à un exercice de SCP impliquait une mise de fonds de ressources pour un pays, du moins en termes de temps et de personnel, et qu'il serait par conséquent important pour les pays de comprendre le coût-avantage de prendre part à l'exercice et l'investissement minimum requis. Faisant allusion au diagramme dans le document qui illustre les déterminants de la santé, un délégué a demandé au Secrétariat d'inclure le genre, qui était un déterminant interdisciplinaire bien connu, mais un déterminant qui pouvait être facilement oublié s'il n'était pas identifié explicitement.

145. Il a été suggéré que l'OPS considère de créer une section spéciale sur son site Web où elle pourrait donner les résumés des stratégies de coopération avec les pays, semblables aux documents disponibles sur les sites Web de l'OMS, du Groupe de la Banque mondiale et d'autres organismes. Cette information pourrait être utile pour d'autres États Membres et pourrait faciliter une collaboration technique potentielle.

146. Plusieurs délégués ont noté que l'approche de coopération technique axée sur les pays décrite dans le document et dans la présentation semblait faire partie intégrante de ce que l'OPS faisait depuis des années en termes de renforcement de la capacité nationale et du leadership et d'appui au développement national de la santé. Il pourrait par conséquent être utile pour l'Organisation d'entreprendre une évaluation des programmes régionaux de l'Organisation (e.g., le programme élargi de vaccination), en appliquant un axe spécifique sur les pays afin de déterminer la meilleure façon de tirer parti de et/ou de changer ce qui était fait dans chaque pays à la lumière de toutes les zones de faiblesse qui pouvaient être identifiées.

147. Le Dr Brito a convenu qu'il serait utile de placer l'information sur l'initiative country focus sur le site Web de l'OPS. Il pensait également que la suggestion que certains programmes pourraient être utilisés comme des « programmes traceurs » pour évaluer la coopération technique de l'Organisation dans des pays spécifiques avait beaucoup de mérite. Ceci ajouterait une autre dimension utile aux évaluations de SCP. Quant à l'interaction avec les ECP/CADNU et les DSRP, l'un des avantages de l'exercice de SCP était qu'il impliquait non seulement les parties prenantes nationales mais aussi les partenaires extérieurs du développement, ce qui le liait automatiquement aux processus de planification et de programmation d'autres organismes.

148. Concernant le document, il a dit que le Secrétariat introduirait dans de futures versions une information plus spécifique sur les pays où la méthodologie avait été appliquée et sur le calendrier du travail et certains des problèmes rencontrés et les résultats réalisés. Il a ensuite décrit la méthodologie de SCP en soulignant qu'alors que l'OPS l'adaptait aux caractéristiques de la Région, l'approche de coopération axée sur les pays poursuivie dans les Amériques faisait partie de l'approche globale de l'OMS avec laquelle elle était concordante. La première étape d'un exercice de SCP était une analyse stratégique pour déterminer où commencer au mieux l'exercice de SCP, en tenant compte de facteurs internes et externes au pays. Il y avait une séance d'information avec le ministère de la santé, suivie d'amples consultations avec les diverses institutions dans le secteur de la santé et d'autres secteurs, des institutions académiques, des ONG et d'autres parties prenantes. Les termes de référence étaient définis et les résultats attendus étaient clairement spécifiés. Une équipe était formée, dont le rôle était de travailler avec le bureau du pays et ses homologues nationaux pour collecter toute l'information nécessaire. Le premier résultat était un type d'hypothèse de travail qui devait ensuite être validée dans un dialogue continu avec les autorités nationales, menant éventuellement à un plan de coopération sur le moyen terme, incluant un plan pour la mobilisation des ressources. À la fin de l'ensemble du processus, il y avait une autre séance d'information avec le ministre de la santé.

149. Le Dr Mariela Licha Salomón (Coordinatrice, Unité d'appui aux pays, OPS) a indiqué que les documents résumés étaient disponibles pour tous les exercices de SCP

qui avaient été réalisés jusque là. Ils couvraient le Costa Rica, la Bolivie, le Guyana, le Mexique et le Nicaragua, et ceux relatifs aux pays des Caraïbes orientales étaient en cours d'achèvement. En 2005, des exercices de SCP seraient réalisés en Colombie, au Honduras et au Guatemala. L'investissement minimal requis pour les pays était la mise à disposition d'un membre du personnel du ministère de la santé, de préférence du bureau des affaires internationales, pour prendre part et assister à l'ensemble du processus. Par contraste avec le processus ECP/CADNU, le travail était entièrement réalisé par le personnel régional et des pays de l'OPS, et non par des consultants extérieurs. Cela signifiait que le processus en soi et le produit qui en résultait étaient très riches. L'exercice identifiait clairement le créneau de l'OPS et offrait un cadre pour sa coopération technique dans le pays. D'autre part, il servait de véritable instrument de changement, à la fois au niveau du pays, grâce au nouveau profilage du bureau du pays qui se produisait à la conclusion de chaque exercice, et au niveau régional, grâce aux ajustements apportés aux programmes régionaux afin de positionner l'OPS pour qu'elle occupe le créneau identifié par l'exercice de SCP.

150. La Directrice a donné quelques antécédents historiques sur l'évolution de l'initiative Country Focus de l'OMS, notant qu'il y avait eu beaucoup de confusion au fil des ans sur ce que signifiait exactement la coopération axée sur les pays et sur la façon dont la présence de l'OMS dans un pays pouvait contribuer au développement national de la santé. C'était la raison pour laquelle le document préparé pour le Sous-Comité était de nature conceptuelle. Il n'avait pas l'intention de décrire la méthodologie ou de présenter les résultats d'un quelconque des exercices de SCP réalisés jusqu'à ce jour, mais d'expliquer les concepts sous-tendant l'approche de coopération axée sur les pays de l'OPS. Il y avait une première étape nécessaire avant de se lancer dans l'application de la méthodologie, et dans ce sens, les exercices de SCP réalisés jusqu'à présent devaient être considérés comme des tests pilotes, servant à affiner l'approche conceptuelle. L'objectif du Secrétariat en soumettant ce point au Sous-Comité avait été d'obtenir l'opinion des Membres pour savoir si l'Organisation était sur la bonne voie conceptuellement, et d'expliquer comment la stratégie de coopération avec les pays était reliée aux autres instruments de planification et de programmation de l'OPS, en particulier le système de planification, programmation, surveillance et évaluation de la Région des Amériques (AMPES) et le budget programme biennal. Par la suite, le Secrétariat présenterait des informations complémentaires sur la méthodologie et une évaluation des expériences de son application.

151. La SCP était considérée comme une stratégie qui comblait une lacune dans la planification de la coopération technique au niveau des pays. AMPES et le BPB se basaient sur un cycle de planification de deux ans. Le plan stratégique englobait une période de quatre à cinq ans mais sa portée était régionale. La SCP par contre, offrait un cadre à moyen terme pour la planification et l'allocation des ressources au niveau national. Dans les pays qui avaient déjà entrepris des exercices de SCP, la stratégie qui en résultait était déjà utilisée pour programmer ou reprogrammer les ressources du BPB. L'approche de SCP offrait une opportunité aux pays de mesurer le développement national de leur santé, de comprendre leurs forces et leurs faiblesses, et de recouvrer la capacité de planification en santé qui avait été perdue dans les années récentes dans de nombreux cas. Elle leur permettait également d'arrêter des objectifs de santé et de déterminer le rôle particulier qu'ils souhaitaient que joue l'OPS pour les aider à réaliser ces objectifs. Parallèlement, la SCP était un instrument que le ministère de la santé pouvait utiliser pour négocier l'appui de tierces parties et un instrument que l'OPS pouvait utiliser pour mobiliser des contributions volontaires et, en particulier, pour obtenir une part plus équitable des contributions volontaires de l'OMS.

152. En adaptant la méthodologie de la SCP pour usage dans la Région, une chose que l'OPS avait essayé de faire était d'incorporer ce qui pouvait être décrit comme une boîte à outils contenant toutes les méthodologies que l'OPS avait déjà en place, telles que l'évaluation du programme PEV et la mesure des fonctions essentielles de la santé publique, et les outils d'analyse du secteur de la santé. Si les discussions sur la SCP dans un pays révélaient que certaines de ces études ou évaluations n'avaient pas été faites précédemment mais qu'elles étaient requises, les outils nécessaires étaient facilement disponibles. L'idée était de détecter les lacunes de la base du savoir et de les combler. Toutefois, en menant à bien la SCP, il était nécessaire de tirer parti du travail déjà réalisé par les pays et par d'autres organismes, tels que la Banque mondiale et le Fonds monétaire international. Il n'y avait pas de raison de répéter ces efforts. En terme d'interaction avec les DSRP ou ECP/CADNU, il s'agissait surtout d'une question de timing : l'exercice qui était entrepris en premier pouvait ensuite servir de base aux autres.

153. A la demande de la Directrice, le Dr Sealey a fourni des informations sur la façon dont les exercices de SCP s'inscrivaient dans la planification et la budgétisation globales de l'Organisation. Elle a indiqué qu'il était prévu que la SCP offre une riche information pour la planification stratégique au niveau régional et au niveau global. L'un des apports au plan stratégique que l'OMS cherchait à développer serait une analyse de toutes les SCP de toutes les régions pour voir s'il y avait des priorités communes qui seraient prises en compte dans le plan global. L'OPS ferait de même au niveau régional lorsque viendrait le temps de développer son prochain plan stratégique.

154. Concernant le lien avec les budgets programmes biennaux, comme l'avait dit le Dr Roses, pour les pays dans lesquels un exercice de SCP avait été effectué, la stratégie de coopération avec les pays servait déjà de référence pour formuler le BPB suivant. Pour 2006-2007, le Secrétariat avait noté que dans ces pays, l'analyse de la situation était beaucoup plus analytique et que la coopération technique était beaucoup plus stratégique, et que la qualité globale des budgets programmes biennaux de ces pays particuliers était ainsi bien meilleure qu'elle ne l'était auparavant. Au fur et à mesure que d'autres stratégies de coopération avec les pays étaient développées, les résultats de ces exercices seraient analysés et transmis aux unités régionales pour qu'elles voient plus clairement où étaient les priorités dans la Région et qu'elles utilisent cette information dans leur programmation au niveau régional.

155. Parlant également à la demande de la Directrice, le Délégué du Mexique a décrit certains aspects du processus de SCP tel qu'il avait été réalisé dans son pays. Même si, comme l'avait mentionné la Directrice, l'exercice avait été une sorte de test pilote destiné à perfectionner la méthodologie, il s'était avéré un processus enrichissant car il avait donné une opportunité de rassembler les différents secteurs concernés : gouvernement, universités, dispensateurs de soins et autres. L'analyse qui en avait découlé avait été utile non seulement pour l'OPS, pour la planification de ses actions ultérieures, mais aussi pour le pays, comme processus d'autoréflexion et d'examen. De préférence, estimait-il, une fois que la méthodologie avait été perfectionnée, elle devrait donner lieu à un document de résultats qui comporterait une évaluation des besoins sanitaires dans le pays, une description des fonctions et de la capacité nécessaires du bureau dans le pays, et une évaluation d'autres actions de coopération et ressources requises.

156. En conclusion, la Directrice a suggéré que le document conceptuel sur l'approche de coopération axée sur les pays, avec la méthodologie de SCP et les résultats réalisés, soient diffusés non seulement sur le site Web de l'OPS, mais aussi sur les sites Web des pays. La stratégie de coopération avec les pays serait un produit de chaque pays, et il était important que cette information soit facilement accessible comme outil pour le secteur de la santé au niveau national.

Actualisation sur l'objectif de fournir une thérapie antirétrovirale établi dans la Déclaration de Nuevo León adoptée au Sommet spécial des Amériques

157. Plusieurs fiches documentaires préparées par le Secrétariat ont été distribuées et le personnel du Secrétariat a fait trois présentations sur ce point. Tout d'abord, le Dr Carol Vlassof (Chef, Unité VIH/SIDA, OPS) a actualisé les progrès réalisés sur la voie de l'objectif établi par le Sommet spécial des Amériques tenu à Monterrey, Nuevo León, Mexique, en janvier 2004. Cet objectif consistait à dispenser une thérapie antirétrovirale (ARV) à tous ceux qui en avaient besoin le plus tôt possible et à assurer qu'au moins 600 000 personnes atteintes du SIDA recevaient en traitement d'ici 2005. Les données les

plus récentes indiquaient que la Région touchait pratiquement au but en ce qui concernait la deuxième partie de l'objectif. Au début de 2004, lorsque l'objectif avait été annoncé, il y avait approximativement 500 000 personnes sous traitement. Une enquête intérimaire réalisée par l'OPS entre juillet et octobre 2004 avait constaté que leur nombre était passé à environ 574 000 en octobre. Les données de mars 2005 indiquaient que le total se situait maintenant aux environs de 592 000. Elle a toutefois prévenu que les données de mars avaient été recueillies très rapidement en réponse à la demande d'un rapport de situation par le Sous-Comité, et que ces données ne couvraient pas tous les pays. Elles incluaient le Mexique et le Brésil, mais non le Canada ou les États-Unis.

158. Néanmoins, alors que la Région dans son ensemble s'approchait de l'objectif établi pour 2005 ou l'avait peut-être déjà dépassé, il restait encore un écart considérable de traitement en Amérique latine et dans les Caraïbes (LAC). Au début de 2004, il y avait 196 000 personnes sous traitement, en octobre, le nombre était passé à 256 000, mais l'objectif pour LAC au titre de l'initiative « 3 millions d'ici 2005 » était de 370 000, ce qui signifiait qu'il restait encore un écart d'environ 90 000 personnes.

159. L'OPS avait identifié les goulets d'étranglement suivants qui entravaient les efforts pour intensifier le traitement : systèmes et services de santé qui étaient insuffisants ou qui ne s'étendaient pas avec une rapidité suffisante; insuffisance de la décentralisation et de l'intégration des services, qui limitait la disponibilité du traitement dans les zones rurales; usage fréquent de différents protocoles de traitement par les prestataires de soins de santé publics et privés; pénurie de ressources humaines qualifiées; discrimination contre les groupes vulnérables; faible demande spontanée de conseils, tests et traitement; inégalités sociales, dont la pauvreté, accroissant les écarts économiques et les disparités entre les sexes; capacité insuffisante des pays à absorber de nouveaux apports de ressources financières sans précédent; et harmonisation des ressources et coordination insuffisantes entre partenaires (i.e., adhésion insuffisante aux principes des « Trois uns ».) L'OPS continuerait à travailler avec les pays pour surmonter ces goulets d'étranglement et renforcer la réponse au VIH/SIDA dans la Région.

160. Le Dr Hernán Rosenberg (Chef p.i., Unité d'appui aux projets, OPS) a donné un aperçu de la situation des projets de VIH/SIDA financés actuellement par le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme dans la Région et des activités de l'OPS pour aider les pays à obtenir et à maintenir des dons du Fonds mondial. À ce jour, le Fonds mondial avait approuvé un total de \$480 millions pour le financement de projets relatifs au SIDA dans la Région sur une période de cinq ans. Pour la première phase de deux ans, un total de \$197 millions avait été affecté à 22 projets, dont 18 projets spécifiques à des pays et quatre projets couvrant des pays multiples. Le financement de la deuxième phase de la période de cinq ans dépendait de la disponibilité des fonds et de l'évaluation de la performance du projet au cours de la première phase. La performance était évaluée en fonction d'une série établie au préalable d'indicateurs quantitatifs, qui étaient rigoureusement appliqués.

161. Jusqu'à présent, deux pays seulement dans les Amériques avaient été évalués et reclassés à la Phase 2 : Haïti et le Honduras, bien que ce dernier n'ait été réapprouvé qu'en appel seulement. Les rapports de performance des dons pour l'Argentine, Cuba, El Salvador et le Chili semblaient indiquer une évaluation favorable. Toutefois, d'autres pays connaissaient de graves problèmes en matière de gouvernance, de gestion et de passation de marchés. Dans le domaine de la gouvernance, les problèmes appartenaient à deux catégories : interne et externe. Les problèmes de gouvernance externe se rapportaient à la représentation de la Région d'Amérique latine et des Caraïbes au Conseil du Fonds et à l'apport régional dans les décisions prises par le Conseil sur des questions aussi cruciales que l'établissement des critères d'éligibilité. Comme ne l'ignorait pas le Sous-Comité, en fonction des critères actuels basés sur le revenu, la majorité des pays des Amériques n'étaient pas admissibles aux dons du Fonds mondial.

162. Du point de vue de la gouvernance interne et de la gestion des projets, l'une des principales difficultés avait trait au mécanisme de coordination des pays (MCP), qui était l'entité au niveau des pays qui développait les propositions de dons, recevait le financement et supervisait l'exécution des projets. Le MCP comprenait des représentants de multiples secteurs, dont le gouvernement, le secteur privé, la société civile et le monde universitaire. Alors qu'il offrait la possibilité d'une vaste participation intersectorielle et de l'appropriation locale des projets, le MCP n'était pas un mécanisme facile à gérer, car il rassemblait des acteurs qui n'étaient pas nécessairement habitués à travailler avec l'un l'autre et qui parfois avaient des intérêts et des priorités qui divergeaient.

163. L'OPS travaillait avec les pays pour résoudre les difficultés survenues et assurer le renouvellement des dons dans la deuxième phase, étant donné que la non approbation de la phase 2 du financement signifierait une perte énorme de ressources (environ \$283 millions ou 59 % du total approuvé pour la période quinquennale), qui compromettrait gravement la capacité des pays à continuer de s'acquitter d'activités cruciales de traitement et de prévention du SIDA. L'Organisation apportait son soutien, en particulier pour renforcer la formulation et la gestion des projets. L'expérience accumulée jusqu'à présent avait montré que les pays avaient besoin d'assistance dans l'établissement de références précises et d'objectifs et d'indicateurs de suivi réalistes et dans le renforcement de leurs systèmes de santé pour leur permettre d'absorber les apports importants de nouveau financement et d'en faire bon usage. L'OPS aiderait également les pays à préparer des propositions de dons pour soumission au cinquième cycle. Jusqu'à présent, l'Organisation avait dépensé environ \$759 000 pour des activités d'appui aux pays dans leurs contacts avec le Fonds mondial. Ce montant s'ajoutait au montant affecté aux activités de l'Unité VIH/SIDA pour intensifier la réponse à la maladie et réaliser les objectifs de l'initiative « 3 millions d'ici 2005 » et de la Déclaration de Nuevo León.

164. Le Dr José Luis Di Fabio (Chef, technologie et prestation des services de santé, OPS) a décrit les activités que l'OPS avait entreprises pour appuyer les États Membres

dans le domaine de l'acquisition des médicaments ARV. En réponse à des demandes des États Membres, l'OPS avait collaboré avec l'OMS et le Programme conjoint des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA) à l'organisation de trois cycles de négociations conjointes destinées à obtenir des prix plus accessibles pour les médicaments. Le premier cycle de négociations avait eu lieu dans les Caraïbes, le second en Amérique centrale et le troisième en Amérique du Sud. Dans le premier et le deuxième cycle, les pays avaient négocié avec des producteurs de médicaments novateurs. Le troisième cycle de négociations avait également inclus des producteurs de médicaments génériques pré qualifiés par l'OMS et avait inclus les réactifs pour le diagnostics ainsi que les antirétroviraux.

165. Une évaluation des négociations, menée par l'OPS avec le soutien d'économistes de l'Ohio State University (États-Unis d'Amérique), avait indiqué que les négociations avaient atteint leur principal objectif, à savoir réduire le prix des ARV et des réactifs pour le diagnostic, en particulier dans le cas du troisième cycle de négociations, grâce à la participation des fabricants de médicaments génériques. En réduisant le prix, les négociations avaient permis d'augmenter le nombre de traitements fournis, améliorant par conséquent l'accès à la thérapie ARV. L'évaluation avait en outre révélé que les pays estimaient que les négociations avaient constitué un succès politique et social et qu'elles s'étaient traduites par une consolidation des activités interinstitutionnelles au sein des ministères de la santé et une solidarité accrue entre pays dans les différents groupements sous-régionaux. L'établissement de prix de référence, non uniquement pour les gouvernements des pays concernés, mais aussi pour d'autres acheteurs dans les pays (institutions de la sécurité sociale, assureurs privés, forces armées, etc.) et pour les pays non impliqués dans les négociations, avait constitué un autre résultat positif.

166. Toutefois, l'évaluation avait également révélé les problèmes suivants : en raison des conditions imposées par le cadre réglementaire pour l'acquisition de médicaments dans les pays – qui n'avaient pas toujours été prises en compte durant les négociations – les ARV n'avaient pas nécessairement été achetés aux fabricants qui avaient participé aux négociations; les prix finals payés étaient parfois considérablement plus élevés ou plus faibles que ceux négociés; les fabricants ne suivaient pas les conditions d'homologation pour chaque pays, et par conséquent certains produits ne pouvaient pas être achetés dans certains pays; les critères techniques de bioéquivalence requis pour la préqualification des fabricants souhaitant participer aux négociations n'étaient pas toujours compatibles avec les conditions nationales exigées dans les pays participants; les distributeurs locaux dans chaque pays n'étaient pas toujours disposés à accepter les prix négociés avec la maison mère; et les négociations ne comportaient pas généralement un engagement ferme des pays à acheter ou un engagement ferme des vendeurs à vendre. Par conséquent, l'évaluation avait confirmé ce qui avait été mis en relief dans la discussion des Organes directeurs de l'année antérieure sur l'accès aux médicaments : augmenter l'accès aux médicaments ARV n'était pas simplement une question de

réduction des prix; il était tout aussi important de remédier aux faiblesses des systèmes de réglementation, de fourniture et de distribution.

167. L'OPS continuerait à apporter son appui aux États Membres dans leurs efforts pour accroître l'accès aux médicaments en général et aux médicaments ARV en particulier. À cette fin, les résultats de l'évaluation seraient disséminés et discutés avec les États Membres afin de leur permettre d'être mieux préparés pour de futurs cycles de négociations. L'évaluation serait également étendue à l'Amérique centrale et aux pays des Caraïbes afin de cerner avec plus de précision les domaines qui avaient besoin du soutien technique de l'OPS. D'autre part, l'OPS étudierait des options d'achats conjoints de médicaments ARV et de réactifs pour le diagnostic par le biais du Fonds stratégique pour les fournitures de santé publique.

168. Le Sous-Comité a accueilli avec satisfaction le rapport relatif aux progrès sur la voie de l'objectif de Nuevo León et a demandé qu'une autre actualisation soit présentée au Comité exécutif en juin. Plusieurs Membres ont présenté des informations sur les efforts de leur pays pour accroître l'accès à la thérapie ARV et venir à bout des obstacles mentionnés par le Dr Vlassoff. Le besoin d'une formation appropriée pour le personnel médical sur la façon d'administrer la thérapie ARV et de surveiller les patients a été souligné, ainsi que l'importance du travail avec la société civile – en particulier les associations de personnes vivant avec le VIH/SIDA et leur famille – à la fois dans la fourniture du traitement et d'autres services et dans la prévention. Les délégués ont également mis l'accent sur le besoin d'une vaste approche intersectorielle des problèmes liés au SIDA et d'une réponse de la santé publique pour accompagner le traitement clinique de la maladie. La Déléguée de la Barbade a présenté des chiffres actualisés sur le nombre de personnes sous traitement et sur la baisse subséquente de la morbidité et de la mortalité dans son pays.

169. Le Secrétariat a été prié d'exposer ses vues sur la politique de l'OPS relative au test du SIDA faisant partie des soins médicaux généraux et d'indiquer s'il y avait une proposition de politique sur l'exécution du traitement. En ce qui concernait ce dernier point, on a relevé que le fait que des patients ne suivaient pas leur traitement pouvait avoir un impact grave sur la santé de la population. Des informations ont également été demandées sur une réunion qui s'était tenue récemment en République dominicaine, au cours de laquelle des questions portant sur le financement du Fonds mondial et l'accès aux antirétroviraux avaient été discutées.

170. Concernant les négociations pour les médicaments ARV, le Délégué de la Jamaïque a demandé si les réductions de prix relativement modestes obtenues dans les Caraïbes indiquaient une faiblesse du processus de négociation ou reflétaient le choix des médicaments et, en particulier, le besoin d'utiliser des médicaments plus génériques. Il a également demandé quel rôle avait joué la Fondation Clinton dans les négociations des prix des médicaments ARV dans la Région. Le Délégué d'Argentine a annoncé qu'un second cycle de négociations était organisé en Amérique latine et qu'une réunion de négociations se tiendrait dans son pays en août 2005. D'autres informations seraient fournies aux États Membres concernés dès qu'elles seraient disponibles.

171. Le Délégué des États-Unis d'Amérique a remercié le Secrétariat de l'actualisation de l'information et il a également exprimé sa reconnaissance aux Membres du Sous-Comité pour avoir accepté d'inscrire ce point à l'ordre du jour. Sa délégation était préoccupée du fait que la Région ne progressait pas assez rapidement sur la voie de l'objectif établi au Sommet de Nuevo León et elle était encouragée d'apprendre que l'écart n'était pas aussi grand que l'on avait pensé. Mais il n'y avait pas lieu de se réjouir. Des obstacles considérables restaient à surmonter pour assurer que toute personne qui avait besoin du traitement le recevrait. Le fait que la vaste majorité des pays de la Région n'étaient pas admissibles aux dons du Fonds mondial constituait un problème majeur. Son pays s'était systématiquement efforcé de modifier les critères d'admissibilité, mais il se heurtait à une forte opposition des pays européens et même de certains pays des Amériques. Il fallait un effort collectif énergique de lobbying de tous les États Membres de la Région et de l'OPS pour persuader ces pays de changer leur politique sur l'aide internationale aux pays à revenu intermédiaire et aux pays à revenu intermédiaire, tranche supérieure. Il fallait mettre en relief le fait que ces politiques n'étaient ni systématiques ni cohérentes.

172. En ce qui concernait la réunion en République dominicaine, il avait compris que l'un des résultats avait été un accord destiné à porter une attention particulière sur les pays qui avaient des difficultés avec leurs dons du Fonds mondial et qui risquaient par conséquent de perdre le financement dans la deuxième phase. Il était essentiel d'aider ces pays à améliorer la performance de leurs projets, à la fois pour les empêcher de perdre les fonds de la phase 2 et pour dissiper la perception qui existait parmi certains membres du Conseil du Fonds selon laquelle les dons accordés aux pays des Amériques n'étaient pas bien gérés. À moins que ne change cette perception, il n'y avait pas d'espoir de convaincre le Conseil d'étendre les critères d'admissibilité de sorte qu'un plus grand nombre de pays de la Région puissent recevoir des ressources du Fonds mondial. Concernant les médicaments ARV, il a noté que son pays avait établi une procédure d'urgence d'examen rapide des médicaments au titre du Plan d'urgence de secours au SIDA (PEPFAR) du Président Bush et sollicitait des candidatures de compagnies pharmaceutiques dans le monde entier. Les demandes de deux producteurs d'antirétroviraux génériques avaient déjà été approuvées, rendant leurs médicaments

admissibles aux achats de PEPFAR et du Fonds mondial. Il a encouragé les fabricants de médicaments ARV génériques de la Région à faire acte de candidature.

173. Le Dr Vlassoff a indiqué que la réunion de la République dominicaine avait été la première réunion d'un comité consultatif technique composé de spécialistes techniques de haut niveau dans divers domaines liés au VIH/SIDA. Le groupe servirait de dépôt de l'expertise à laquelle l'OPS pouvait recourir pour porter assistance aux projets du Fonds mondial. Lors de sa première réunion, le Comité avait fait une série de plus de 30 recommandations qui seraient bientôt présentes sur le site Web de l'Organisation. En ce qui concernait le test de routine du VIH, l'OPS le recommandait, suivant la politique de l'OMS qui favorisait une approche d'exclusion (« opt out ») – i.e., tester les patients au titre des soins médicaux de routine, mais leur laisser l'option de refuser d'être testés. Quant à l'exécution du traitement, elle a convenu qu'il s'agissait là d'un problème crucial. À ce jour, l'OPS et les pays avaient essentiellement mis l'accent sur l'amélioration de la couverture et de la qualité des services et sur l'amélioration de l'accès au traitement pour les personnes vivant avec le SIDA, mais le temps était venu maintenant de commencer à se concentrer sur l'exécution du traitement. L'Organisation ferait des mises à jour régulières sur ses efforts à ce sujet.

174. Elle a également indiqué que l'Organisation avait trois nouveaux responsables de l'initiative 3 millions d'ici 2005, un au niveau régional, un autre en Haïti et le troisième au Guyana. Le recrutement d'un quatrième responsable était en cours, il serait en poste au Honduras et servirait la sous-région d'Amérique centrale. L'OPS avait reçu maintenant environ un million de dollars de l'OMS pour appuyer son travail sur l'initiative de 3 millions d'ici 2005, dont pratiquement la totalité était allée directement aux pays. Ces fonds – même si le montant n'était pas aussi élevé qu'on l'avait souhaité – aidaient la Région à intensifier la réponse au VIH/SIDA au niveau des pays.

175. Le Dr Rosenberg a convenu qu'un effort concerté de lobbying était nécessaire pour modifier les critères d'admissibilité du Fonds mondial. Il a fait ressortir que l'un des éléments qui devait être souligné dans cet effort était que les décisions sur l'admissibilité ne devraient pas se fonder uniquement sur le niveau de revenu parce que le VIH/SIDA, même s'il avait certainement des aspects économiques, n'était pas un problème économique.

176. Répondant à la question concernant les prix des médicaments ARV dans les Caraïbes, le Dr Di Fabio a expliqué qu'ils avaient été plus élevés parce que le premier cycle de négociations n'avait inclus que des producteurs de médicaments novateurs. Toutefois, Les prix négociés pour les médicaments génériques dans le troisième cycle de négociations avaient ensuite été offerts aux pays des Caraïbes, ce qui leur avait permis d'obtenir des médicaments antirétroviraux à un prix plus favorable. Il a noté avec satisfaction la procédure d'urgence d'approbation des ARV aux États-Unis et il a indiqué que l'OPS encouragerait les producteurs de médicaments à soumettre leur candidature. Il

a également noté qu'il était important de ne pas négliger l'importance des fournitures de diagnostic, en particulier les réactifs, car l'augmentation de l'accès aux médicaments ARV ne serait pas très utile si les pays n'avaient pas les moyens de déterminer qui en avait besoin.

177. Le Dr James Fitzgerald (Conseiller régional sur la gestion des fournitures sanitaires, OPS) a répondu à la question sur le rôle de la Fondation Clinton. Il a expliqué que la Fondation avait conclu une série d'accords directement avec les fabricants de médicaments génériques, selon lesquels les producteurs offriraient aux pays des médicaments ARV à des prix fortement escomptés (leur permettant de fournir le traitement à un coût d'environ \$140 par patient par an), basés sur des analyses des coûts de production et sur les projections des coûts-avantages découlant d'une demande plus élevée et de volumes accrus de production. L'OPS savait que certains pays des Caraïbes avaient accès à ces prix et elle discutait avec la Fondation Clinton la possibilité de les mettre à la disposition d'autres pays de la Région par l'intermédiaire du Fonds stratégique pour les fournitures de santé publique.

178. La Directrice a observé qu'il était évident de la présentation et des commentaires des divers membres du Secrétariat que le problème du VIH/SIDA recevait une grande attention au sein de l'OPS, non seulement de l'Unité VIH/SIDA mais aussi du personnel de nombreuses autres unités et de nombreux autres secteurs dans l'Organisation. Le Secrétariat espérait que cette approche intégrée serait une approche que les États Membres imiteraient, car il avait été démontré dans les pays qui l'avaient adoptée qu'elle était plus efficace et qu'elle produisait de meilleurs résultats.

179. Le comité consultatif technique récemment formé contribuerait à intensifier la réponse régionale au VIH/SIDA. La création de groupes d'experts était une stratégie que l'Organisation avait utilisée avec grand succès dans d'autres domaines. Elle offrait un excellent moyen d'utiliser la capacité technique qui existait dans les États Membres. Le travail du comité pourrait également servir de base au lancement d'un plan ou programme régional sur le VIH/SIDA dans le cadre du nouveau concept de programmes régionaux à titre d'initiatives collectives au niveau de la Région entreprises par les États Membres avec l'appui du Secrétariat et d'autres partenaires. Ce programme pourrait fournir un meilleur cadre pour mobiliser les ressources supplémentaires qui étaient requises afin d'assurer la viabilité de la coopération technique de l'Organisation dans le domaine du VIH/SIDA.

180. Concernant les points soulevés par le Sous-Comité relatifs au Fonds mondial, elle a estimé que quatre choses étaient requises. Tout d'abord, comme l'avaient dénoté plusieurs orateurs, il y avait le besoin d'un lobbying concerté par les États Membres des Amériques, conjugué à une représentation plus effective de l'Amérique latine et des Caraïbes au Conseil du Fonds. Comme le Sous-Comité le savait sans nul doute, le siège de LAC au Conseil avait été vacant pendant une grande partie de l'année antérieure, ce

qui avait fait obstacle aux efforts pour faire progresser les intérêts de cette sous-région. L'OPS pouvait aider en organisant une séance d'information à ce sujet pour les ministres de la santé de la Région à l'occasion de la prochaine Assemblée mondiale de la Santé. On pourrait également envisager la possibilité de prévoir une conversation entre les ministres et les autorités du Fonds mondial. Par ailleurs, l'Organisation pourrait aider à s'assurer l'assistance de GRUA, qui offrirait une présence permanente à Genève et servirait de source d'appui permanent aux efforts de lobbying.

181. Ensuite, il fallait un système régional de surveillance et de coordination plus efficace entre tous les partenaires intervenant dans des activités liées au SIDA. Un grand nombre des difficultés relatives aux projets du Fonds mondial auraient pu être évitées si ce système avait été en place pour détecter les problèmes et coordonner une réponse avant que ces derniers n'atteignent le point de crise. Troisièmement et en relation avec ce qui précède, il fallait un engagement réel aux principes des « Trois uns » d'un seul plan national, d'une seule autorité nationale et d'un seul système de surveillance pour le pays. Enfin, il était nécessaire d'appliquer les leçons apprises de programmes réussis existant de longue date tels que le Programme élargi de vaccination et les projets relatifs aux deux autres maladies ciblées par le Fonds mondial : tuberculose et paludisme. Ces programmes faisaient également intervenir de multiples donateurs et acteurs, mais du fait qu'ils adhéraient beaucoup plus étroitement au concept des « Trois uns, » ils évitaient un grand nombre des problèmes rencontrés dans les projets VIH/SIDA.

182. Parlant à la demande de la Directrice, le Dr Daniel López Acuña (Directeur de la gestion des programmes, OPS) a indiqué que l'OPS était engagée dans des discussions avec les autorités du Fonds mondial, visant à atteindre un protocole d'accord qui permettrait à l'Organisation de jouer un plus grand rôle dans l'appui aux pays, non seulement dans la formulation des projets mais aussi dans leur exécution. L'idée était de mettre en place un cadre de coopération technique doté de règles claires et transparentes pour fournir l'appui technique destiné à aider les pays à améliorer la performance de leurs projets et maintenir ainsi leurs dons du Fonds mondial. Il a appelé les États Membres qui servaient au Conseil du Fonds à encourager le Conseil à soutenir l'établissement de ce protocole d'accord.

183. En conclusion, la Directrice a indiqué que le Secrétariat continuerait à rassembler des données et ferait des mises à jour supplémentaires des progrès accomplis sur la voie de l'objectif de Nuevo León lors de l'Assemblée mondiale de la Santé en mai, lors du Comité exécutif et des réunions interministérielles en Argentine en juin, durant l'Assemblée générale des Nations Unies en septembre, et à l'occasion du Sommet des Amériques en novembre.

Renforcement des programmes nationaux pour les dons et transplantations d'organes (document SPP39/6)

184. Le Dr José Luis Di Fabio, (Chef, technologie et prestation des services de santé, OPS) a expliqué que le document SPP39/6 avait pour objectif de définir une stratégie possible pour permettre à l'OPS d'appuyer les pays dans le domaine des dons et des transplantations d'organes, en ayant recours à l'expertise qui existait dans les États Membres, étant donné que l'OPS ne disposait pas de la capacité nécessaire en interne. Il a fait remarquer que le document dans sa version actuelle ne couvrait pas les Caraïbes anglophones, mais qu'après une réunion qui se tiendrait sous peu, l'information requise serait collectée et l'approche proposée serait complétée. Il a donné un aperçu historique, notant que la première transplantation dans la Région avait été une transplantation de rein réalisée en 1957 en Argentine. En analysant les problèmes relatifs au don d'organes, le document portait essentiellement sur les transplantations de rein, parce qu'elles étaient de loin les plus courantes dans la Région et qu'elles offraient des niveaux élevés de survie et d'amélioration dans la qualité de vie du patient.

185. Actuellement, environ 45.000 personnes étaient sur une liste d'attente pour un rein en Amérique latine. Dans la Région en moyenne, 47 % des reins donnés provenaient de cadavres, le reste venant de donneurs vivants. En conséquence de la demande élevée et de la pénurie de donneurs à l'état de cadavre, de nombreux pays ayant peu de capacité d'organisation en matière de dons d'organes étaient forcés d'encourager les transplantations de donneurs vivants. C'était là une source de grande préoccupation étant donné que dans les pays où la réglementation était faible, des nombres croissants de personnes étaient disposées à donner un rein, même s'il n'y avait pas de relation de sang avec le bénéficiaire, contre compensation.

186. Le potentiel de dons d'un pays était calculé à 30 à 40 donneurs par million d'habitants (pmh), selon les données internationales et l'expérience dans les pays, tels que l'Espagne, qui était déjà à ce niveau. En Amérique latine, la moyenne était de 5,4 pmh. Toutefois, comme le montrait le cas de l'Uruguay, il était possible d'augmenter ce taux brutalement. Il allait sans dire que les taux de dons d'organes devaient et pouvaient être renforcés dans les Amériques. Atteindre cet objectif signifierait de développer ou de renforcer les programmes nationaux de dons, dans le but de réduire l'écart entre la demande et la disponibilité d'organes tout en protégeant dans le même temps les droits des donneurs et de leur famille.

187. L'OPS avait organisé une réunion internationale sur les dons et les transplantations d'organes à Montevideo les 22 et 23 février 2005, à laquelle avaient participé des professionnels de la santé de 18 pays de la Région et un représentant de l'Organisation nationale de transplantation d'Espagne. Les thèmes discutés avaient inclus un aperçu général de la situation des transplantations d'organes et du don d'organes, de

tissus et de cellules. Deux recommandations majeures avaient émergé de la réunion. La première préconisait l'établissement d'un forum coopératif sur les questions relatives au don et à la transplantation d'organes, de tissus et de cellules, qui serait composé d'experts des départements sanitaires concernés des États Membres et de l'Organisation nationale de transplantation (ONT) d'Espagne. La seconde portait sur la création d'un comité sur le dons et les transplantations d'organes, qui serait composé d'experts sur le terrain, dans le but de formuler une politique régionale des dons et transplantations d'organes, de faire des recommandations pour les différents pays et d'assurer l'appui technique pour formuler des solutions appropriées qui répondent aux besoins des dons d'organes de chaque pays.

188. Le Sous-Comité était prié de considérer la proposition d'un cadre régional de travail dans ce domaine présenté dans le document SPP39/6. Les activités à entreprendre dans ce cadre seraient de déterminer la situation des dons et transplantations d'organes dans la Région, comprenant la législation en place et les systèmes organisationnels; de vérifier le potentiel des dons et les possibilités de le renforcer; d'établir des politiques d'éducation pour fournir une formation à la prévention et au don d'organes pour les professionnels de la santé dans les pays; de maintenir et d'accroître l'enregistrement approprié des activités de dons et de transplantation et des centres de transplantation; et de déterminer la condition actuelle du cadre réglementaire et de la surveillance des passations de marchés, de la préservation, de l'attribution, et de la transplantations des organes, tissus et cellules, dans le but de formuler des recommandations techniques pour garantir des normes de qualité et de sécurité.

189. Le Sous-Comité a convenu qu'il s'agissait d'une question très importante, et a fait part de son soutien à l'approche et aux activités proposées dans le document. Toutefois, même s'il considérait qu'il était louable et essentiel pour l'OPS de travailler dans le domaine des dons et des transplantations d'organes, le Sous-Comité notait que les activités proposées représentaient un objectif ambitieux et que par conséquent, il suggérait que la prochaine itération du document contienne les idées de l'OPS sur l'investissement de base qui devait venir de l'Organisation. Précisément du fait qu'il s'agissait d'un objectif ambitieux, l'Organisation devait prendre soin de ne pas soulever les attentes pour ensuite ne pas réussir à atteindre son objectif.

190. Il a été signalé que la création du forum d'experts proposé serait simplement une question de formaliser ce qui existait déjà, du fait que les spécialistes des transplantations dans la Région étaient déjà en contact constant, du moins dans les pays individuels. L'OPS était considérée comme le meilleur organe pour étendre les réseaux nationaux à la Région dans son ensemble. Les Membres ont suggéré avec force que le forum devrait fonctionner électroniquement et non au moyen de réunions physiques, afin de réduire le coût de son organisation et de son fonctionnement. Il a également été signalé qu'il y avait besoin de l'aide de l'OPS au niveau des pays, pour établir les commissions d'éthique

pour assurer les transplantations de cellules, tissus et organes, ainsi que des mesures nationales pour protéger les groupes les plus vulnérables contre la vente de tissus et d'organes, et traiter le problème plus vaste du trafic international des tissus et des organes.

191. Plusieurs délégués ont décrit la situation des dons et des transplantations d'organes dans leur pays respectif, offrant de mettre les données pertinentes à la disposition du Secrétariat pour distribution aux autres États Membres qui pourraient être intéressés. Ils fourniraient également l'information sur les obligations impératives ou les accords volontaires qui régissaient le don d'organes. Certains pays avaient adopté le système d'exclusion (« opt out ») au consentement du don, d'autres avaient choisi l'approche d'inclusion (« opt in »). Ils ont noté que l'une des raisons pour lesquelles les programmes de transplantation de certains pays étaient relativement réduits, était le coût élevé des médicaments immunodépresseurs.

192. Les Membres ont attiré l'attention sur le besoin de sensibiliser la population aux avantages humanitaires de se porter donneur volontaire et de sensibiliser également les institutions de la santé au besoin d'obtenir et de préserver adéquatement les organes, tissus et cellules. Par ailleurs, plusieurs Membres ont souligné que, tout en reconnaissant l'importance et la nécessité d'accroître la disponibilité des organes pour transplantation, il était tout aussi important de travailler à la prévention des maladies rénales et autres problèmes de santé afin de réduire le besoin de transplantations.

193. Des délégués ont encouragé l'OPS à se concentrer sur l'exécution de la résolution WHA57.18 de l'Assemblée mondiale de la Santé sur la transplantation des organes et tissus humains adoptée l'année précédente. Il restait encore beaucoup de travail à faire au niveau des pays pour renforcer la capacité nécessaire, dont la collecte et l'examen de données relatives aux pratiques nationales, à la sécurité, la qualité, les préoccupations éthiques et l'épidémiologie de la transplantation humaine. En outre, il existait une grande variabilité de la capacité dans la Région dans les domaines de la réglementation et du traçage des transplantations, dont l'enregistrement, l'identification, la surveillance et la biosurveillance tant du donneur que du bénéficiaire.

194. Le Sous-Comité a noté qu'un sujet non couvert dans le document était celui de la xénotransplantation. Les Membres ont signalé que la littérature scientifique indiquait que de nombreuses maladies graves avaient été transmises par les animaux aux humains, avec souvent des conséquences sérieuses pour la santé publique. L'OMS avait fait part de sa disposition à se charger de la tâche normative de l'établissement de normes concernant la réglementation nationale de la xénotransplantation, et il a été suggéré que le Secrétariat répercute cette politique dans ses consultations avec les États Membres et dans la discussion plus élargie sur la transplantation d'organes, de tissus et de cellules.

195. Plusieurs délégués ont fait référence aux problèmes connexes du clonage et de la fertilisation *in vitro*, notant qu'il y entrerait des questions importantes de genre et d'éthique, et suggérant que, pour le moment, ces deux aspects ne devaient pas être pris en compte dans le travail de l'OPS sur la transplantation. Un délégué a fait valoir que, du fait que la Déclaration des Nations Unies sur le clonage humain était très récente, il fallait que tous les pays prennent le temps d'en absorber les implications.

196. Le Dr Di Fabio a remercié les offres des Membres de fournir un complément d'information. Il a convenu que le format idéal pour le forum serait virtuel et électronique, maintenant ainsi les coûts à un minimum. Il fallait des critères très clairs sur la qualité et la sécurité. Attirant l'attention sur les échanges d'information technique et réglementaire se poursuivant au sein du MERCOSUR, il a souligné une fois encore que l'Organisation cherchait un mécanisme pour faciliter et utiliser l'expertise qui existait déjà dans la Région, et non pour développer sa propre expertise en interne. L'approche du forum constituerait donc un véhicule pour la coopération technique entre pays, les pays les plus avancés partageant leur savoir avec les pays moins avancés.

197. Concernant le besoin de renforcement de la capacité relatif aux préoccupations d'éthique, il a indiqué que le Programme régional sur la bioéthique au Chili jouerait un rôle majeur dans le développement de l'aspect bioéthique des dons et transplantations. Pour ce qui était du coût des médicaments immunodépresseurs, il spéculait qu'ils pourraient être inclus dans un prochain cycle de négociations multipays sur les prix des médicaments.

198. Il a convenu que la prévention serait un facteur majeur de la réduction de la liste d'attente pour les transplantations d'organes. Toutefois, pour le moment, l'OPS et ses États Membres devaient faire face à la situation qui existait : longues listes d'attente et nombres insuffisants d'organes donnés. Il a également convenu que la résolution de l'Assemblée mondiale de la Santé était le mandat majeur pour l'OPS. Sous la tutelle de cette résolution pour son travail, l'OPS avait choisi la route qu'elle souhaitait suivre au niveau régional, mais dans le même temps elle allait assurer toute l'assistance nécessaire pour permettre l'application de la résolution globale au niveau des pays.

199. La Directrice a exprimé sa gratitude au Sous-Comité de sa confirmation que l'OPS était sur la bonne voie. Elle a également remercié le Gouvernement de l'Espagne du soutien qu'il avait apporté au travail de l'Organisation dans ce domaine. La question des dons et transplantations d'organes offrait à l'OPS une opportunité de démontrer une approche novatrice qui répondait à un besoin de coopération technique avec une implication financière minimale sur les ressources de l'Organisation et sans créer un poste ou un programme spéciaux. Des approches similaires pouvaient être utilisées dans d'autres domaines dans lesquels il serait avantageux de travailler avec les réseaux existants, les associations professionnelles, les institutions académiques ou d'autres

sources d'expertise. L'OPS pourrait travailler avec le comité d'experts pour dresser une liste spécifique des produits attendus en termes de normes, législation et systèmes d'organisation. Travailler non seulement avec le forum et le comité mais aussi dans le cadre d'un plan de travail, qui pourrait être biennal, donnerait certainement la possibilité d'identifier des moyens de mobiliser toutes les ressources supplémentaires qui seraient requises.

200. Le forum offrirait la possibilité d'une analyse des expériences des pays dans le domaine de l'insuffisance rénale chronique, du don et des transplantations d'organes, sans oublier la très importante dimension bioéthique. Elle estimait que c'était dans le forum que les décisions devaient être prises concernant les questions supplémentaires qui seraient considérées dans ce domaine de travail. Toutefois, elle a convenu que la question du clonage humain et la déclaration des Nations Unies en la matière avaient besoin d'être analysées plus à fond avant d'envisager la possibilité d'ajouter le clonage au travail de l'Organisation sur les transplantations.

201. Elle a demandé au Sous-Comité de faire une recommandation pour indiquer s'il fallait ou non présenter ce point au Comité exécutif. L'objectif du Secrétariat en soumettant ce point au Sous-Comité avait été d'obtenir l'avis des États Membres sur l'aspect approprié ou non de l'approche proposée. L'intention n'était pas d'inscrire ce point à l'ordre du jour du Comité, mais le Secrétariat serait guidé par le Sous-Comité à ce sujet.

202. Le Sous-Comité a recommandé que la question soit soumise aux Organes directeurs dans une année successive. Entre-temps, les Membres ont estimé que l'Organisation devait poursuivre les activités décrites dans le document SPP39/6 et devait également continuer à assister les pays à renforcer la capacité requise pour appliquer la résolution WHA57.18

Autres questions

Mise à jour de la révision des Réglementations internationales de la santé

203. Le Dr Marlo Libel (Conseiller régional sur les maladies transmissibles, OPS) a passé en revue les démarches entreprises à ce jour dans le processus de révision des Réglementations internationales de la santé. La dernière en date de ces démarches avait été la réunion du groupe de travail intergouvernemental, tenue en février 2005, pour tenter de conclure un accord sur le texte final. Cela n'avait pas été possible lors de la réunion de février, et il était prévu que le groupe de travail intergouvernemental se réunisse à nouveau en mai, avant l'Assemblée mondiale de la Santé, dans le but de

produire une proposition finale pour approbation par l'Assemblée. Si elles étaient approuvées, les nouvelles Réglementations entreraient en vigueur en 2006.

204. Les questions en suspens se divisaient en deux groupes principaux. Un groupe comprenait les questions ayant trait à la souveraineté nationale et l'équilibre entre souveraineté nationale et intérêts internationaux. Les principales sources de controverse portaient sur le pouvoir des gouvernements à imposer des mesures supplémentaires de santé publique à part celles prévues dans les Réglementations et les procédures pour soumettre des réservations concernant des articles spécifiques des Réglementations. Une autre question non résolue était celle de l'exemption des forces armées de se conformer aux RIS.

205. La seconde série de question portait sur les libérations d'agents biologiques, chimiques ou radionucléaires. Les opinions étaient fortement divisées sur la question de savoir si les Réglementations devaient mentionner explicitement « libération délibérée » de ces agents. Près de 95 % des États Membres participant à la réunion intergouvernementale étaient en faveur de l'élimination de toute mention du mot « délibéré, » de sorte que toute libération d'un agent biologique, chimique ou radionucléaire — indépendamment du fait qu'elle soit accidentelle, naturelle ou délibérée — serait couverte. Une petite minorité de pays estimait que l'aspect « délibéré » devait être mentionné explicitement.

206. Même s'il y avait encore des désaccords, les questions non résolues n'affectaient que 6 seulement des 67 articles des Réglementations, par conséquent, des progrès tout à fait considérables avaient été accomplis sur la voie du consensus. Au niveau régional et au niveau national à travers ses bureaux des pays, l'OPS continuait à promouvoir le dialogue pour résoudre les questions restantes avant l'Assemblée mondiale de la Santé. Le Secrétariat avait espoir que cela pouvait se faire, et l'accord était unanime entre les pays sur l'urgence de la mise en place des Réglementations afin de disposer d'un code de conduite international pour affronter les urgences en santé publique mondiale, telles que la pandémie récente de syndrome respiratoire aigu sévère (SARS). Par ailleurs, alors que les discussions continuaient à se poursuivre, l'OPS avait déjà commencé à travailler avec les pays pour assurer qu'ils avaient la capacité d'appliquer les Réglementations une fois qu'elles seraient approuvées.

207. Notant que les questions restantes concernaient des sujets politiques et d'affaires étrangères qui allaient au-delà de la sphère d'action du secteur de la santé, la Directrice a indiqué que le Secrétariat recommanderait que le secteur de la santé dans chaque pays entreprenne une discussion approfondie avec le secteur des affaires étrangères dans le but de clarifier la position nationale sur ces questions. Le Secrétariat a également vivement engagé les États Membres à continuer à travailler pour atteindre un consensus avant la

réunion de mai du groupe de travail interministériel afin d'assurer l'approbation des Réglementations lors de la cinquante-huitième Assemblée mondiale de la Santé.

Actualisation des préparatifs pour la 14^e Réunion interaméricaine, au niveau ministériel, sur la santé et l'Agriculture (RIMSA 14)

208. Le Dr Albino Belotto (Chef, Unité de santé publique vétérinaire, OPS) a annoncé que RIMSA 14 se tiendrait à Mexico les 21 et 22 avril 2005. Rappelant que RIMSA avait été à l'origine une réunion des ministres de l'agriculture, il a noté que la prochaine réunion serait la troisième sous le nouveau format d'une réunion conjointe entre ministres de la santé et de l'agriculture.

209. RIMSA était le seul forum de ce type dans la Région et probablement au monde, témoignant de l'importance croissante que la Région attachait à la coordination entre santé et agriculture, qui était nécessaire afin de donner une réponse régionale aux zoonoses émergentes telles que le SARS et l'encéphalopathie spongiforme bovine (ESB) ainsi que pour traiter tous les aspects de la chaîne de production alimentaire car ils avaient un impact sur les deux secteurs, promouvoir un concept plus intégré de l'innocuité des aliments, et analyser l'impact que la production agricole pouvait avoir sur la santé et l'environnement.

210. Le thème global de RIMSA 14 serait la synergie entre santé et agriculture pour le développement rural. L'ordre du jour comprendrait des présentations et des panels spéciaux sur de nombreuses questions d'actualité, dont les Objectifs de développement pour le Millénaire et la façon dont les secteurs de la santé et de l'agriculture pourraient travailler plus efficacement pour éradiquer l'extrême pauvreté et la faim et promouvoir le développement rural, la coopération et la coordination internationales en santé et en agriculture, et l'appui aux mandats des Sommets des Amériques sur le développement rural et social.

211. Le Gouvernement du Mexique investissait des efforts énormes dans l'organisation de la réunion. Il venait d'être confirmé que le Président Fox participerait à la session inaugurale, et que de nombreuses autres autorités gouvernementales de haut niveau assisteraient également à la réunion. De plus, les directeurs de divers organismes agricoles et sanitaires seraient présents, ainsi que des représentants du secteur privé.

Autres questions soulevées par les États Membres

212. Le Délégué du Canada a demandé clarification sur les diverses réunions qui se tiendraient en Argentine avant et/ou après la 136^e Session du Comité exécutif. Il a également voulu savoir si le Secrétariat prévoyait d'autres points de fond – mis à part ceux examinés par le Sous-Comité – à l'ordre du jour du Comité exécutif. Par ailleurs, il a réitéré la demande de son Gouvernement que tous les documents préparés pour les Organes directeurs contiennent des informations sur les ressources humaines et budgétaires et qu'elles apparaissent sur le site Web de l'Organisation avec une avance suffisante pour permettre aux États Membres de les revoir et d'être ainsi prêts à les discuter.

213. Le Vice-Président a indiqué que la Réunion des ministres de la santé et de l'environnement des Amériques (MSEA) se tiendrait les 16 et 17 juin 2005 à Mar del Plata en Argentine. L'ordre du jour de cette réunion était en cours d'achèvement et serait circulé sous peu. Entre autres thèmes, il comprendrait une discussion de panel avec les ministres du travail, de l'éducation, de l'environnement et de la santé. Le 18 juin 2005, les ministres de la santé et de l'environnement auraient une réunion interministérielle pour évaluer les progrès sur la voie des Objectifs de développement pour le Millénaire de la perspective de la santé et de l'environnement. La réunion inaugurale de la 136^e Session du Comité exécutif aurait lieu le soir du lundi 20 juin 2005.

214. Concernant l'ordre du jour du Comité exécutif, la Directrice a indiqué que quatre points de fond supplémentaires avaient été proposés lors de la 135^e Session du Comité exécutif. En raison de contraintes de temps, ils n'avaient pas été inscrits à l'ordre du jour du Sous-Comité, mais ils pourraient être ajoutés à l'ordre du jour de la 136^e Session si les Membres le souhaitaient. Ces quatre points étaient les suivants : rapport de situation sur l'initiative du sang sûr et la possibilité de lancer un programme régional sur le sang sûr, évaluation de la situation du paludisme dans la Région, contrôle de la tuberculose dans la Région, et présentation d'une déclaration régionale sur l'engagement renouvelé aux soins de santé primaires. En outre, lors de la session présente, le Sous-Comité avait discuté de la possibilité d'inclure un point formel de l'ordre du jour sur la Déclaration de Nuevo León et l'objectif de la fourniture de la thérapie antirétrovirale.

215. Le Délégué des États-Unis d'Amérique a souligné que les thèmes du sang sûr, du paludisme et de la tuberculose seraient discutés lors de la cinquante-huitième Assemblée mondiale de la Santé en mai, et il a suggéré qu'il serait mieux de laisser passer quelque temps avant de les examiner au niveau régional.

216. Le Dr Stephen Corber (Chef du secteur de la prévention et la lutte contre les maladies, OPS) a expliqué qu'il était prévu que les discussions de la WHA sur ces points

seraient très différentes de l'accent mis sur ces aspects dans la Région et qu'il était improbable qu'il y ait duplication des efforts.

217. La Directrice a suggéré que dans les deux semaines suivantes, une version préliminaire de l'ordre du jour soit circulée aux Membres du Comité exécutif, sollicitant leur opinion sur les thèmes à y incorporer. Entre-temps, la documentation de l'OMS sur les nouveaux points proposés pourrait être examinée pour voir les questions spécifiques dont ils traitaient.

218. Le Sous-Comité a approuvé la suggestion de la Directrice. Concernant la possibilité d'inclure un point sur la Déclaration de Nuevo León, le Sous-Comité a décidé qu'il serait préférable de demander au Secrétariat de préparer et présenter une note d'information et une actualisation de la situation, plutôt que d'ajouter ce thème comme point formel de l'ordre du jour du Comité exécutif.

Clôture de la session

219. Le Vice-Président a déclaré qu'il se réjouissait d'accueillir tous les participants en Argentine pour la 136^e session du Comité exécutif en juin. Suite à l'échange habituel de courtoisies, il a déclaré la clôture de la 39^e session.

Annexes

ORDRE DU JOUR

1. Ouverture de la session
2. Élection du Président, de deux Vice-Présidents et du Rapporteur
3. Adoption de l'ordre du jour et du programme des réunions
4. Rapport spécial sur l'appui du Bureau sanitaire panaméricain/Bureau régional de l'OMS pour les Amériques à la région affectée par le tsunami
5. Budget programme proposé de l'Organisation panaméricaine de la Santé pour la période financière 2006-2007
6. Coopération technique en santé entre les pays des Amériques
7. Stratégie pour l'avenir des centres panaméricains
8. Renforcement des programmes nationaux pour les dons et transplantations d'organes
9. Rapport du Groupe de travail sur l'OPS au 21^e siècle
10. Rapport de situation sur le changement institutionnel du Bureau sanitaire panaméricain
11. Actualisation de l'exécution des recommandations du rapport spécial du Commissaire aux Comptes, septembre 2004
12. Coopération OPS/OMS axée sur les pays et développement national de la santé
13. Autres questions
14. Clôture de la session

Point supplémentaire de l'ordre du jour: Actualisation concernant l'objectif de fournir une thérapie antirétrovirale établi dans la Déclaration de Nuevo León adoptée au Sommet spécial des Amériques.

LISTE DE DOCUMENTS

SPP39/1, Rev. 3 et SPP39/WP/1, Rev. 2	Adoption de l'ordre du jour et du programme des réunions
SPP39/INF/1, SPP39/INF/2, et SPP39/INF/3	Budget programme proposé de l'Organisation panaméricaine de la Santé
SPP39/3,	Organisation pour la période financière 2006-2007
SPP39/4	Coopération technique en santé entre les pays des Amériques
SPP39/5	Stratégie pour l'avenir des centres panaméricains
SPP39/6	Renforcement des programmes nationaux pour les dons et transplantations d'organes
SPP39/7, Add. I et Add. II	Rapport du Groupe de travail sur l'OPS au 21 ^e siècle
SPP39/8	Rapport de situation sur le changement institutionnel du Bureau sanitaire panaméricain
SPP39/9	Actualisation de l'exécution des recommandations du rapport spécial du Commissaire aux Comptes, septembre 2004
SPP39/10	Coopération OPS/OMS axée sur les pays et développement national de la santé

**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

Lic. Sebastián Tobar
Director
Coordinación de Relaciones Sanitarias
Internacionales
Ministerio de Salud
Buenos Aires

Barbados

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

Ms. Antoinette Williams
Permanent Secretary
Ministry of Health
St. Michael

Dr. Joy St. John
Chief Medical Officer
Ministry of Health
St. Michael

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

Canada
Canadá

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

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

Ms. Basia Manitius
Alternate Representative
Permanent Mission of Canada to the
Organization of American States
Washington, D.C.

Mr. David Morris
Counsellor, Alternate Representative
Permanent Mission of Canada to the
Organization of American States
Washington, D.C.

Cuba

Dr. Antonio Diosdado González Fernández
Director de Asuntos Internacionales
Ministerio de Salud
La Habana

Sra. Marisabel de Miguel
Segunda Secretaria
Sección de Intereses
Washington, D.C.

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

Jamaica

Hon. John A. Junor
Minister of Health
Ministry of Health
Kingston

Dr. Barry Wint
Chief Medical Officer
Ministry of Health
Kingston

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 Blackwood
Director of Health Programs
Office of Technical and Specialized Agencies
Bureau of International Organization Affairs
Department of State
Washington, D.C.

Ms. Ginny Gidi
International Health Officer
for the Americas
Office of Global Health Affairs
Department of Health and Human Services
Washington, D.C.

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

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

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

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

Ms. Karen Welch
Population, Health, and Nutrition Team Leader
Office for Regional Sustainable Development
Bureau for Latin America and the Caribbean
Agency for International Development
Washington, D.C.

Mr. Mark Abdoo
Special Assistant to the Director
OGHA/HHS
Washington, D.C.

**Observer Member States
Estados Miembros Observadores**

Brazil

Brasil

Sr. Sérgio Alexandre Gaudencio
Chefe da Divisão de Temas Multilaterais
Assessoria de Assuntos Internacionais
Ministério da Saúde
Brasília

Mexico

México

Dr. Eduardo Pesqueira Villegas
Director de Asuntos Bilaterales y Regionales
Dirección General de Relaciones Internacionales
Secretaría de Salud

**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 de la Directora

Dr. Joxel García
Deputy Director/Director Adjunto

Dr. Carissa Etienne
Assistant Director/Subdirectora

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (*cont.*)
ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (*cont.*)

Mr. Eric J. Boswell
Director of Administration
Director de Administración

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

- - -