



ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ



136^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF

Buenos Aires, Argentine, 20-24 juin 2005

CE136/FR (Fr.)
28 Juillet 2005
ORIGINAL : ANGLAIS

RAPPORT FINAL

TABLE DES MATIERES

	<i>Page</i>
Ouverture de la session	5
Questions liées au Règlement	6
Bureau	6
Adoption de l'ordre du jour et programme des réunions.....	6
Représentation du Comité exécutif lors du 46e Conseil directeur de l'OPS, 57e Session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques	6
Ordre du jour provisoire du 46e Conseil directeur, 57e Session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques	6
Questions relatives aux Comités	8
Rapport sur la 39e Session du Sous-Comité de planification et de Programmation	8
Sous-Comité sur la femme, la santé et le développement	9
Rapport d'activité sur la mise en oeuvre des recommandations énoncées dans le Rapport spécial de l'Auditeur externe, septembre 2004.....	15
Rapport du Groupe de travail sur l'OPS au 21 ^e siècle.....	18
Rapport du Jury du Prix en Administration de l'OPS, 2005	22
Rapport du comité permanent sur les organisations non gouvernementales en relations officielles avec l'OPS.....	23
Questions relatives aux politiques de programmes	24
Budget programme proposé de l'Organisation panaméricaine de la Santé pour l'exercice financier 2006-2007.....	24
La coopération technique entre les pays de la Région.....	30
Stratégie pour l'avenir des Centres panaméricains	35
Rapport sur la 14 ^e Réunion interaméricaine, au niveau ministériel, sur la santé et l'agriculture	43
Mise à jour du processus de changement institutionnel au sein du Bureau Sanitaire panaméricain.....	48
Rapport d'activité sur l'Initiative mondiale pour la sécurité du sang et plan d'action pour 2005-2010.....	51
Le paludisme et les Objectifs du Millénaire pour le Développement.....	54
Stratégie régionale de contrôle de la tuberculose pour 2005-2015.....	58
Coopération axée sur les pays et développement national de la santé	62
Accès aux soins pour les personnes vivant avec le VIH/SIDA	67

TABLE DES MATIERES *(suite)*

	<i>Page</i>
Questions administratives et financières	72
Rapport sur le recouvrement des contributions	72
Rapport financier intérimaire du Directeur.....	76
Rapport sur les activités des Services de contrôle interne.....	78
Questions relatives au personnel	82
Ressources humaines	82
Déclaration de la Représentante de l' Association du personnel du BSP.....	84
Questions d'informations générales	87
Résolutions et autres actions de la Cinquante-huitième Assemblée mondiale de la Santé revêtant un intérêt pour le Comité exécutif de l'OPS	87
Autres questions	88
Clôture de la Session	89
Résolutions et Décisions	89
Résolutions	
CE136.R1 Organisations non gouvernementales en relations officielles avec l'OPS	89
CE136.R2 Politique de l'OPS en matière d'égalité entre les sexes.....	90
CE136.R3 Processus de renforcement institutionnel du Bureau sanitaire panaméricain	93
CE136.R4 Recouvrement des contributions.....	94
CE136.R5 Le paludisme et les objectifs de développement internationalement convenus, incluant ceux contenus dans la Déclaration du millénaire	95
CE136.R6 Rapport d'activité sur ;'Initiative mondiale pour la sécurité du sang et le plan d'action pour 2005-2010	98
CE136.R7 Stratégie régionale de contrôle de la tuberculose pour 2005-2015.....	100
CE136.R8 Stratégie pour l'avenir des Centres panaméricains	102
CE136.R9 Traitement du Directeur et confirmation des amendements au Règlement du Personnel du Bureau sanitaire panaméricain.....	104

TABLE DES MATIERES *(suite)*

Page

Résolutions

CE136.R10	Confirmation des amendements apportés au Règlement du personnel du Bureau sanitaire panaméricain	105
CE136.R11	Rapport du Jury du Prix en Administration de l'OPS, 2005	108
CE136.R12	Ordre du jour provisoire du 46e Conseil directeur de l'OPS, 57e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques.....	108

Décisions

Décision CE136(D1)	Adoption de l'ordre du jour	109
Décision CE136(D2)	Représentation du Comité exécutif lors du 46e Conseil directeur de l'OPS, 57e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques	109
Décision CE136(D3)	Groupe de travail sur l'OPS au 21e siècle	109

Annexes

- Annexe A: Ordre du jour
- Annexe B: Liste des documents
- Annexe C: Liste des participants

RAPPORT FINAL

Ouverture de la session

1. La 136^e Session du Comité exécutif de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) s'est tenue au Palacio San Martín à Buenos Aires en Argentine du 20 au 24 juin 2005. Assistaient à la session des délégués de neuf États Membres du Comité exécutif élus par le Conseil directeur : Argentine, Barbade, Canada, Costa Rica, Cuba, Dominique, Paraguay, États-Unis d'Amérique et Venezuela. Des représentants d'autres États Membres et des États observateurs étaient également présents : Brésil, Chili, France, Jamaïque, Mexique, Nicaragua, Panama, Pérou et Espagne. L'Organisation mondiale de la Santé, quatre autres organisations des Nations Unies et organisations intergouvernementales et six organisations non gouvernementales étaient également représentées.
2. Dr. William Steiger (États-Unis d'Amérique, Président du Comité exécutif) a ouvert la session et a souhaité la bienvenue aux participants. Il a remercié le Gouvernement de l'Argentine, hôte de la session, pour son hospitalité.
3. Dr. Ginés González García (Argentine) a indiqué que c'était un honneur et un privilège pour l'Argentine d'être l'hôte de la session. A son avis, il était important pour l'OPS d'organiser parfois des sessions de ses organes directeurs à l'extérieur du Siège pour encourager une plus grande intégration et unité entre les États Membres et promouvoir le panaméricanisme que symbolise l'Organisation. Son Gouvernement ferait tout ce qui est en son pouvoir pour que les délégués se sentent les bienvenus et pour que la session apporte des résultats fructueux.
4. Dr. Mirta Roses (Directrice, Bureau sanitaire panaméricain) a également souhaité la bienvenue aux participants. Elle était d'accord pour dire qu'il était souhaitable de tenir les réunions des Organes directeurs à l'extérieur de Washington car on rehaussait ainsi la visibilité du travail de l'Organisation dans les États Membres et on facilitait probablement une plus grande participation surtout de la part d'organisations non gouvernementales. Elle a noté qu'un programme bien rempli attendait les délégués. Des thèmes revêtant une grande importance pour les futures activités de l'Organisation seraient abordés, notamment le programme et le budget pour l'exercice biennal 2006-2007, les diverses décisions émanant de la Cinquante-huitième Assemblée mondiale de la Santé, le rapport du Groupe de travail sur l'OPS au 21^e siècle et plusieurs se rapportant à la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement. Nul doute, les délibérations du Comité pèseront de tout leur poids dans la réalisation desdits Objectifs et dans les progrès sur le plan de la santé publique qui, à l'avis de tous à présent, était un facteur important dans le développement en général.

Questions liées au Règlement

Bureau

5. Le Bureau élu pour la 135e Session a continué de servir dans ces capacités respectives lors de la 136e Session :

Président: États-Unis d'Amérique (Dr. William Steiger)

Vice-Président: Argentine (Dr. Carlos Vizzotti)

Rapporteur: Barbade (Dr. Joy St. John)

6. Le Directeur était le Secrétaire de droit et le Dr. Joxel García, Directeur adjoint du Bureau sanitaire panaméricain (BSP) était le Secrétaire technique.

Adoption de l'ordre du jour et programme des réunions (Documents CE136/I, Rev. 2, et CE136/WP/I, Rev. 1)

7. Conformément à l'Article 9 du Règlement intérieur, le Comité a adopté l'ordre du jour provisoire préparé par le Secrétariat. Le Comité a également adopté un programme des réunions (Comité CE136(D1))

Représentation du Comité exécutif lors du 46^e Conseil directeur de l'OPS, 57^e Session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques (Document CE136/3)

8. Conformément à l'Article 54 du Règlement intérieur, le Comité exécutif a nommé les délégués des États-Unis d'Amérique et de l'Argentine, son Président et Vice-Président, respectivement, pour représenter le Comité lors du 46^e Conseil directeur. Le Costa Rica et Cuba ont été désignés comme remplaçants des États-Unis et de l'Argentine, respectivement (Décision CE136 (D2))

Ordre du jour provisoire du 46^e Conseil directeur, 57^e Session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques (Document CE136/4, Rev.1)

9. Le Secrétaire technique a présenté l'ordre du jour provisoire préparé par le Directeur conformément à l'Article 14.B de la Constitution de l'OPS et à l'Article 7 du Règlement intérieur du Conseil directeur. Le Comité a discuté de la possibilité d'ajouter un point sur les invalidités, à la suggestion du Panama mais vu l'ordre du jour déjà chargé et le temps qu'il faudra probablement consacrer à l'étude du budget-programme de 2006-2007, le Comité a décidé qu'il valait mieux attendre 2006 pour se pencher sur la questions des invalidités. Aussi, la question serait-elle d'abord étudiée par le Sous-Comité de planification et de programmation et ensuite par le Comité exécutif avant d'être présentée, aux fins d'examen, au 47^e Conseil directeur.

10. Le Comité a également discuté de la possibilité d'ajourner l'examen de l'Article 4.16 « Rapport d'activités sur le programme de travail pour le domaine de la santé familiale et communautaire » mais le Directeur a expliqué que ce point a été porté à l'ordre du jour conformément à la Résolution CD44.R12, adoptée par le 44^e Conseil directeur en 2003 demandant un rapport d'activités faisant le point de la situation dans le domaine de la santé familiale et communautaire. Le Comité avait donc décidé d'approuver sans changement l'ordre du jour provisoire (Résolution CE136.R12).

11. Faisant allusion au point 4.8, « Déclaration régionale sur les nouvelles orientations des soins de santé primaires », la Déléguée des États-Unis d'Amérique a indiqué qu'elle ne connaissait pas bien le sujet et a demandé des clarifications sur la nature de ce point. La Directrice a expliqué que l'inclusion du point à l'ordre du jour du 46^e Conseil directeur constituait le résultat d'un processus de deux ans qui avait trouvé ses origines dans la discussion des soins de santé primaires du 44^e Conseil directeur en 2003. Comme les délégués peuvent s'en souvenir, cette année a marqué le 25^e anniversaire de la Conférence internationale sur les soins de santé primaires et la Déclaration d'Alma Mata. Une série de discussions de table ronde sur les soins de santé primaires s'est tenue à l'occasion du 44^e Conseil directeur, et l'une des recommandations qui a émergé de ces discussions a été qu'il fallait élaborer une déclaration régionale sur les soins de santé primaires, qui réaffirmerait l'engagement à l'approche des soins de santé primaires et qui indiquerait la voie à suivre au vu des réalités actuelles dans la Région. Un groupe de travail a été mis en place pour préparer la déclaration et donner des orientations aux pays et à l'Organisation sur la façon de réorienter les systèmes et les services de santé de la Région, en suivant les principes des soins de santé primaires. Le projet de déclaration a été présenté aux délégués pour leurs commentaires à l'occasion d'une mise au courant informelle de milieu de journée qui s'est tenue pendant la présente session du Comité exécutif et il serait présenté à nouveau à l'occasion d'une consultation régionale sur le renouvellement des soins de santé primaires, prévue pour les 26 à 29 juillet 2005 à Montevideo, en Uruguay. La version finale de la déclaration serait alors présentée formellement aux États Membres pour examen et adoption à l'occasion du 46^e Conseil directeur en septembre.

12. Le Comité a approuvé l'ordre du jour provisoire sans changement (résolution CE136.R12).

Questions relatives aux Comités

Rapport sur la 39e Session du Sous-Comité de planification et de programmation (Document CE136/6)

13. L'Honorable John Junor (Jamaïque, Président du Sous-Comité de planification et de programmation) a fait le compte rendu auprès de la 39^e Session du Sous-Comité qui s'est déroulé du 16 au 18 mars 2005. Assistaient à la Session des représentants des Membres suivants du Sous-Comité élus par le Comité exécutif ou désignés par le Directeur : Argentine, Barbade, Canada, Cuba, Jamaïque et États-Unis d'Amérique. Les représentants du Mexique et du Brésil étaient également présents en tant qu'observateurs.

14. Le Sous-Comité a élu la Jamaïque comme Président de la 39^e Session. L'Argentine a été élu Vice-Président et le Canada a été élu Rapporteur. Le Sous-Comité a discuté des points suivants : Rapport spécial sur l'appui de l'OPS à la région affectée par le tsunami ; Rapport d'activité sur le changement institutionnel du Bureau sanitaire panaméricain; Actualisation de l'exécution des recommandations du Rapport spécial du Commissaire aux Comptes de septembre 2004; Stratégie pour l'avenir des centres panaméricains ; Coopération technique dans le domaine de la santé entre pays des Amériques ; Projet de Budget Programme de l'Organisation panaméricaine de la Santé pour l'exercice financier 2006-2007 ; Rapport du groupe de travail sur l'OPS au 21^e siècle ; Coopération OPS/OMS axée sur les pays et développement de la santé nationale ; Actualisation concernant l'objectif de fournir une thérapie antirétrovirale établi dans la déclaration de Nuevo León adoptée au Sommet spécial des Amériques ; renforcement des programmes nationaux pour les dons et transplantations d'organes. De plus, sous le point « autres questions », le Sous-Comité a pris connaissance des révisions portées aux Réglementations internationales de la santé, l'actualisation des préparatifs pour la 14^e Réunion interaméricaine, au niveau ministériel, de la santé et de l'Agriculture (RIMSA 14)

15. Ces thèmes devant également faire l'objet d'une discussion par le Comité exécutif lors de sa 136^e Session, les commentaires du Sous-Comité seront repris individuellement lors de cette session. Par contre deux des points de l'ordre du jour discutés par le Sous-Comité n'ont pas été portés à l'ordre du jour du Comité exécutif : le rapport sur le soutien apporté par l'OPS et les pays des Amériques à la région touchée par le tsunami en décembre 2004 et le renforcement des programmes nationaux pour les dons et greffes d'organes.

16. S'agissant du premier thème, le Sous-Comité s'est penché sur les leçons retenues en ce qui concerne la réponse au tsunami indiquant combien il était important de renforcer les mécanismes de planification et de préparation en cas de catastrophes dans les pays de la Région pour qu'ils soient davantage prêts à prendre les mesures qui s'imposent s'ils devaient affronter une catastrophe d'une telle ampleur. Le Sous-Comité a également insisté sur la nécessité de faire mieux correspondre les offres d'assistance et

les réels besoins du pays ou de la région touchée et d'apporter une information permettant au public de comprendre exactement le type d'assistance qui est véritablement nécessaire.

17. S'agissant du second thème. Renforcement des programmes nationaux pour les dons et transplantations d'organes, le Sous-Comité a approuvé une stratégie proposée par le Secrétariat permettant à l'OPS de soutenir les pays en ce qui concerne les dons et greffes d'organes, puisant dans l'expertise offerte en la matière par les Pays Membres. Le Sous-Comité a également encouragé l'Organisation à faire son possible pour renforcer les capacités nécessaires dans les pays afin de mettre en œuvre la Résolution de l'Assemblée mondiale de la Santé WHA57.18, adoptée en 2004, sur les greffes d'organes et de tissus humains. Le Sous-Comité a recommandé de ne pas présenter ce thème au Comité exécutif lors de sa 136^e Session mais a demandé au Secrétariat d'en faire état aux Organes directeurs par la suite les avisant de l'état d'avancement des diverses activités concernant les dons et greffes d'organes.

18. Le rapport final de la 39^e Session du Sous-Comité (Document SPP39/FR) représente le texte intégral des délibérations du Sous-Comité sur ces deux points de l'ordre du jour ainsi que sur les autres points examinés par le Sous-Comité.

19. Le Président a noté que le Sous-Comité de planification et de programmation et le Sous-Comité sur la femme, la santé et le développement ont envisagé de revoir leurs rôles et fonctions respectives ainsi que la fréquence de leurs réunions. Il a proposé que ces questions de gouvernance soient débattues lors de l'examen par le Comité du rapport sur le Groupe de travail sur l'OPS au 21^e siècle. Le Comité a convenu de cette proposition, a pris note du rapport et a remercié le Sous-Comité pour son travail.

Sous-Comité sur la femme, la santé et le développement (documents CE136/7 et CE136/8)

20. Deux présentations ont été faites pour ce point de l'ordre du jour. Premièrement, Dr. Roberto Dullak Peña (Paraguay, Président du Sous-Comité sur la femme, la santé et le développement) a fait le compte rendu sur la 21^e Session du Sous-Comité sur la femme, la santé et le développement. Ensuite, Dr. Carissa Etienne (Directrice adjointe, BSP) a présenté la proposition de l'OPS en matière d'équité entre les sexes.

Rapport sur la 21^e Session du Sous-Comité sur la femme, la santé et le développement

21. Dr. Dullak Peña a fait savoir que la 21^e Session du Sous-Comité sur la Femme, la Santé et le Développement s'était tenue le 14 et le 15 mars 2005. Y ont assisté des représentants des Membres suivants du Sous-Comité élus par le Comité exécutif ou désignés par le Directeur : Cuba, Dominique, Honduras, Paraguay et les États-Unis d'Amérique. Des représentants de l'Argentine et du Canada ont également assisté à la Session à titre d'observateurs. D'autres organisations intergouvernementales et une

organisation non-gouvernementale étaient également représentées à cette session. Le représentant du Paraguay a été choisi comme Président du Sous-Comité ; le poste de Vice-Président a été confié aux États-Unis d'Amérique et la Dominique occupait la position de Rapporteur.

22. Le Sous-Comité a discuté de quatre points de l'ordre du jour concernant l'intégration et la promotion de l'égalité entre les genres dans les activités de l'OPS. Le premier point concernait un rapport sur les activités de coopération technique du Secrétariat dans les domaines du genre, de la santé et du développement. Dr Elsa Gómez, Conseillère régionale sur la femme, la santé et le développement a mis en évidence les changements qui avaient été portés à l'ancien Programme sur la femme, la santé et le développement qui était devenu en 2004 l'Unité du Genre, de la Santé et de l'Ethnie. En effet, l'accent n'était plus tellement mis sur la femme et la santé de la femme mais davantage sur les questions plus générales du genre et de l'égalité entre les genres. Par ailleurs, la dimension relevant de l'appartenance ethnique témoigne de la grande importance qu'accorde le Directeur aux groupes marginalisés qui souffrent le plus des inégalités sur le plan de la santé. Le Sous-Comité a pris connaissance d'un rapport faisant le point de la situation en ce qui concerne l'équité entre les genres dans les ressources humaines de l'OPS, notamment la distribution des postes entre les deux sexes et les efforts déployés par le Secrétariat pour recruter un plus grand nombre de femmes aux postes professionnels. Ensuite, le Sous-Comité s'est penché sur un rapport traitant de l'intégration du genre dans un domaine bien spécialisé de la coopération technique de l'OPS : les comptes nationaux de la santé. Enfin, le Sous-comité a envisagé une proposition de politique de l'OPS sur l'égalité des sexes. Cette politique, revue et enrichie des vues et suggestions du Sous-Comité, est présentée dans le Document CE136/8 qui se trouve actuellement devant le Comité exécutif.

23. Outre ces quatre points de l'ordre du jour, deux discussions en panel ont été organisées pendant la 21^e Session du Sous-Comité. La première traite des expériences institutionnelles et des leçons retenues en ce qui concerne la formulation et la mise en œuvre des politiques d'égalité entre sexes. Les auteurs de ces présentations représentaient deux États Membres et quatre organisations internationales qui ont décrit les expériences de leurs institutions et pays respectifs sur le plan de l'intégration du genre. La discussion du second panel se concentrait sur le troisième objectif du Millénaire pour le développement : promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes. Les présentations ont été faites par des représentants de quatre organes des Nations Unies et d'une organisation non gouvernementale. Tous les présentateurs ont noté la même lacune dans les Objectifs du Millénaire pour le développement : l'absence des indicateurs se rapportant tout particulièrement à la santé et aux droits sexuels et reproductifs ou encore à la violence sexo-spécifique. Par ailleurs, il convient de noter que les Objectifs offrent la possibilité de consolider les progrès accomplis ces dernières années à d'autres engagements internationaux pour l'égalité entre les sexes.

24. Les sommaires de ces présentations et des points saillants de la discussion connexe au sein du Sous-Comité sont consignés dans le rapport de la 21^e Session (Document CE136/7). Ses recommandations au Comité exécutif et au Directeur, que l'on trouvera également dans le Document CE136/7, expriment les vues et les conclusions du Sous-Comité. Ce dernier a approuvé la politique proposée de l'OPS en matière d'équité entre les sexes ainsi que la recommandation de l'Organisation en vue de mettre en place un groupe spécial chargé de revoir le rôle, la composition, les membres et la fréquence des réunions du Sous-Comité. Cette dernière recommandation faite suite à un commentaire fait par un Membre proposant de passer un faisceau sur les fonctions du Sous-Comité maintenant qu'un net pas en avant avait été pour arriver à l'égalité entre les sexes, aussi bien à l'OPS que dans les États Membres.

25. Aussi, le Sous-Comité recommande-t-il que la 36^e Session du Comité du Comité exécutif mette sur pied un groupe de travail pour examiner les termes de référence du Sous-Comité sur la femme, la santé et le développement. Ensuite ce groupe pourra présenter sa recommandation à la 137^e Session du Comité qui se tiendra en septembre 2005. On propose que le groupe de travail soit composé de représentants des Membres du Comité exécutif qui ont participé à la 21^e Session du Sous-Comité ainsi que de représentants d'un organisme affilié dans le système international, de l'Unité du genre, de l'ethnie et de la santé ainsi que d'une autre unité technique au sein du Secrétariat.

26. S'agissant de la politique proposée sur l'égalité entre les sexes, le Sous-Comité a recommandé que le Comité exécutif approuve la politique et la présente au Conseil directeur aux fins de son approbation finale sous forme de résolution. Le Sous-Comité a également demandé que le Comité exécutif avalise sa recommandation au Directeur concernant la mise en œuvre de la politique d'équité entre les sexes et la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement.

Projet d'une politique de l'OPS en matière d'équité entre les sexes

27. Dr. Etienne a récapitulé la politique ébauchée dans le Document CE136/8. Elle est calquée sur le modèle de politique analogue de l'OMS qui a été mise au point dans le cadre d'une vaste consultation. Si elle est proposée, c'est en réponse à la persistance d'inégalités sur le plan santé entre les deux sexes et à l'engagement de l'OPS en vue d'assurer l'équité entre les hommes et les femmes dans ses programmes et dans toutes les activités de l'Organisation. La politique tient compte du fait que les inégalités entre hommes et femmes ne sont pas dues uniquement aux caractéristiques biologiques mais aussi aux différentes positions et rôles des hommes et des femmes au sein de la société avec autant d'influences différences sur l'état de santé et ses déterminants, leur accès aux services de santé, la participation aux décisions influençant la santé ainsi que le partage des responsabilités et des compensations associées au développement de la santé.

28. Quatre grands principes dirigent la politique : égalité entre les sexes, équité entre les sexes, habilitation et intégration du genre. Le but de la politique consiste à assurer

l'égalité entre les sexes sur le plan état de santé et développement de la santé par l'intermédiaire de la recherche, des politiques et des programmes qui prêtent l'attention nécessaire aux différences entre les hommes et les femmes sur le plan de la santé et des ses déterminants et qui encouragent activement l'égalité et l'équité entre les femmes et les hommes. Les objectifs spécifiques de la politique et les composantes de la stratégie proposée de l'intégration du genre sont expliqués dans le document.

29. L'Organisation vise à intégrer l'égalité entre les sexes sur trois fronts : dans tous les aspects de ses activités de coopération technique, dans ses cadres de politiques nationales pour le développement de la santé et dans les politiques de l'OPS de développement organisationnel et de ressources humaines. On ne saurait le faire sans l'engagement dans les plus hautes sphères dont nous provient l'écho de partout. Aussi, la direction de l'Organisation s'est-elle engagée à communiquer la politique au personnel, à suivre son application et à rendre compte de son état d'avancement aux Organes directeurs. Qui plus est, les responsables vérifieront que les objectifs sur l'égalité entre les sexes sont présents dans les politiques institutionnelles et les planifications de programme et que des ressources spécifiques soient octroyées à l'intégration du genre. Des points focaux seront nommés dans tous les domaines techniques et administratifs de l'OPS, tant au Siège que dans des bureaux de terrain choisis. Ces points focaux, en collaboration avec l'Unité du Genre, de la Santé et de l'ethnie, guideront et appuieront la démarche et le processus tout du long. Fidèles à cet engagement, les responsables vont institutionnaliser les mécanismes de renforcement des capacités au sein du personnel et accorder les crédits nécessaires à cette fin. Les responsables demanderont également à tous les services d'utiliser des données ventilées par sexe et autre variable pertinente et rédigeront toute la documentation dans cette optique égalité entre les sexes. Au niveau des pays, les représentants de l'OPS/OMS – en collaboration avec le Siège, les ministères de la santé, d'autres secteurs, les ONG et la société civile- mettront en place des mécanismes dotés en personnel et fonds pour promouvoir l'égalité entre les sexes dans les systèmes de santé.

30. Tel que noté par Dr. Dullak Peña, le Sous-Comité sur la femme, la santé et le développement a approuvé la politique proposée sur l'égalité entre les sexes. Aussi, le Secrétariat demande-t-il au Comité exécutif de revoir la politique et de recommander son adoption par le Conseil directeur.

31. Le Comité exécutif a fait un accueil favorable au rapport du Sous-Comité et s'est montré en faveur de la politique proposée sur l'égalité entre les sexes. Les Membres ont particulièrement apprécié les références faites aux grands engagements internationaux face à l'égalité entre les genres et aux engagements bien clairs concernant l'habilitation et l'autonomisation de la femme comme étant des buts se justifiant en eux-mêmes. Par ailleurs, certains délégués se sont montrés préoccupés du fait qu'on avait retiré le paragraphe concernant les ressources et les mécanismes administratifs et opérationnels soutenant la mise en œuvre de la politique. Ce paragraphe apparaissait dans la version du

document présentée au Sous-Comité sur la femme, la santé et le développement et le Sous-Comité était bien d'accord pour dire qu'aucune nouvelle politique ne pouvait être mise en œuvre adéquatement sans l'engagement de ressources tant humaines que financières. Les Membres reconnaissaient certes que le Dr Etienne affirmait l'engagement du Secrétariat dans sa présentation mais ils craignaient par ailleurs que le manque d'un engagement explicite donné par écrit ne nuise à la mise en œuvre durable de la politique.

32. Les Membres étaient également d'avis que la politique pouvait être renforcée si on faisait des références explicites aux femmes et aux hommes sur une vie entière pour couvrir les questions de santé sexuelle et reproductive couvrant les filles et les garçons ainsi que les femmes et les hommes plus âgés. Certes, la politique aspirait à une vision de diversité mais elle serait d'autant plus solide si elle faisait des références explicites aux diverses sous-populations et aux questions de diversité provenant des différences dans le statut socio-économique, l'éducation, l'ethnie et la culture, l'orientation sexuelle, les capacités et l'emplacement géographique. Les femmes autochtones méritaient à cet égard une place et une attention toute spéciale.

33. On a proposé d'enlever le mot « injuste » dans l'introduction au Document CE136/8 qui laissait entendre que la politique de l'OPS sur l'égalité entre les sexes, tel que proposée dans le document, visait à éliminer les disparités injustes entre les hommes et les femmes et à atteindre les buts de l'égalité entre les sexes et l'autonomisation de la femme. On pensait que la phrase devait être formulée tout simplement de la manière suivante « éliminer les inégalités entre hommes et femmes. »

34. Les délégués ont mis en exergue un certain nombre d'autres aspects dont devrait traiter la politique à leur avis ou la résolution connexe, notamment la violence à l'égard des femmes et les châtiments des agresseurs, l'exploitation des femmes pour la sexualité et le travail, la discrimination au niveau de l'emploi et des salaires pour les femmes, la féminisation de la pauvreté, l'accès des femmes aux services de santé et la part que devait jouer la société civile pour garantir leur autonomisation. Un certain de changements éditoriaux et d'améliorations ont été portées aux recommandations du Sous-Comité sur la femme, la santé et le développement que renferme le Document CE136/7.

35. Les représentants ont noté qu'il était important d'éduquer et de sensibiliser les prestataires de soins de santé aux différences entre les sexes qui influencent la relation entre le médecin et le patient ou la patiente. On a demandé au Secrétariat d'indiquer comment la politique pouvait se traduire concrètement dans la pratique médicale : quelles seraient les recommandations qu'on pourrait faire aux médecins concernant leurs relations et comportements face aux patients masculins et à leurs patientes. De même, il fallait également sensibiliser les fabricants de produits pharmaceutiques et les chercheurs médicaux aux différences dans les réactions à certains médicaments, entre les femmes et les hommes, et recommander que les femmes participent à tous les essais cliniques de médicaments.

36. Le Dr. Etienne a demandé aux Membres de mettre par écrit les changements proposés et de faire savoir au Secrétariat comment ils souhaitaient qu'ils soient intégrés dans la formulation de la politique. Elle a également mentionné que l'OPS mettait en œuvre moult programmes traitant de la plupart des questions soulevées par les délégués. L'Unité du Genre, de la santé et de l'ethnie avait réalisé un travail important dans le domaine de la violence contre les femmes. Quant à la question sur la sensibilisation des prestataires et des chercheurs, elle a noté que l'OPS intervenait essentiellement en communiquant avec les réseaux concernés. L'Organisation n'avait pas les moyens d'intervenir directement dans des activités telles que la recherche pharmaceutique mais elle intervenait par le biais des réseaux et des organisations de la société civile pour promouvoir la participation des femmes aux essais cliniques. L'Organisation intervenait également par l'intermédiaire de divers réseaux comme les réseaux des facultés de médecine et des associations de professionnels de la santé pour sensibiliser aux différences entre sexes.

37. Le Directeur a noté que la politique sur l'égalité entre les sexes avait été formulée en réponse à la demande de la 20^e Session du Sous-Comité sur la femme, la santé et le développement pour une politique sur trois axes : intégration de l'équité entre les sexes dans les politiques et programmes de l'Organisation, désagrégation des données de santé par sexe pour prouver la discrimination et les inégalités entre les genres et parité entre les sexes au niveau de la sélection, du recrutement et de l'avancement du personnel ainsi que suppression des barrières bloquant l'avancement des femmes dans l'Organisation. La politique devrait combler un vide au sein de l'Organisation- à savoir l'absence d'une politique explicite sur l'égalité entre les genres- et non pas changer ou remplacer des activités déjà mises en œuvre dans des domaines tels que la violence sexo-spécifique.

38. A son avis, il était préférable de porter toutes ces questions dans la résolution qui serait présentée aux fins d'approbation au Conseil directeur plutôt que dans la politique elle-même. Il serait plus approprié également d'inclure dans la résolution le paragraphe concernant les arrangements opérationnels pour la mise en œuvre de la politique. En effet, reflétant davantage une mission à long terme, la politique ne devrait pas faire des références à des arrangements opérationnels de nature plus ponctuelle et susceptible de changer dans le temps.

39. Le Comité exécutif a adopté la Résolution CE136.R2, recommandant au 46^e Conseil directeur d'adopter le projet de politique sur l'égalité entre les sexes.

Rapport d'activité sur la mise en oeuvre des recommandations énoncées dans le Rapport spécial de l'Auditeur externe, septembre 2004 (Document CE136/24)

40. Dr. Heidi Jiménez (Responsable du Service des Affaires juridiques) a tracé les grandes lignes du Rapport spécial de l'Auditeur externe, indiquant qu'il contenait des recommandations dans cinq grands domaines: normes déontologiques et codes de conduite, recrutement des employés et des consultants, procédures de déposition de

plaintes, gestion des relations extérieures et sécurité de la technologie de l'information. Le Document CE136/24 est une mise à jour des progrès dans les cinq domaines retenus par l'Auditeur externe plus deux domaines complémentaires identifiés par le Comité exécutif lors de sa 15^e Session : procédures de vérification interne des comptes et sélection d'un médiateur.

41. La plupart des questions soulevées par l'Auditeur externe ont été traitées dans le cadre de l'Initiative des normes de justification de l'emploi des fonds et de transparence faisant partie des 11 initiatives de la Carte routière lancée par le Directeur en mars 2005. Un document sur l'initiative a été distribué au Comité pendant la session.

42. Les progrès réalisés dans le domaine des normes éthiques et des codes de conduite sont les suivants : mise au point d'un cadre de principes déontologiques et code de conduite de l'OPS s'inspirant du code de conduite pour la fonction civile internationale de la Commission de la fonction publique internationale. Le Secrétariat avait également institué le Programme de Déclaration des intérêts de l'OMS et était en train de porter les derniers détails à un programme se rapportant tout particulièrement à l'OPS. Par ailleurs, le personnel devait remplir un formulaire de déclaration des intérêts. Toutes ces activités devaient en principe être achevées lorsque le Conseil directeur se réunira en septembre 2005. Concernant le recrutement des employés et des consultants, le Secrétariat était en train de mettre en place un processus plus ouvert et plus compétitif pour recruter le personnel temporaire et les consultants et prenait les mesures nécessaires pour développer une base de données ou fichier du personnel temporaire tel que l'avait recommandé l'Auditeur externe. On pensait arriver, d'ici la fin de l'année, à une base de données entièrement fonctionnelle et interactive.

43. Quant à la démarche à suivre pour déposer une plainte, le Secrétariat s'est inspiré d'une enquête faite auprès d'autres organisations internationales examinant ainsi les « meilleures pratiques » en cherchant à trouver un système de prise en charge de ces plaintes qui conviendrait bien à l'Organisation. Dans le domaine des relations externes, les directives préparées pour la collaboration de l'OPS avec des entreprises privées ont été distribuées au Comité pendant la réunion. S'agissant de la sécurité de la technologie de l'information (TI), on a recruté un responsable de la sécurité de l'information. Cette personne sera chargée de faire connaître les questions relatives à la sécurité TI au personnel, de formuler des politiques et des directives pour le courriel et de contrôler le réseau de l'OPS pour éviter toute intrusion de la part d'utilisateurs non autorisés.

44. Concernant les procédures de l'audit interne, dans le cadre de l'accord de 2004, le Bureau du contrôle interne a fait un audit interne pour l'OPS. Le Comité exécutif prendra connaissance du rapport de l'Auditeur interne lors de la 136^e Session et recevra régulièrement ce type de rapports par la suite. Enfin, en ce qui concerne le recrutement d'un médiateur, normalement le processus de sélection devrait être achevé à la fin d'août 2005. En attendant, une personne hautement qualifiée avait été recrutée pour assumer temporairement les fonctions du médiateur.

45. En guise de conclusion, le Dr Jiménez a indiqué que le Secrétariat avait la ferme intention de mettre en œuvre les recommandations et serait heureux de présenter une évaluation détaillée de son travail dans les domaines couverts par le rapport de l'Auditeur externe lors du 46^e Conseil directeur.

46. Le Président, prenant la parole en tant que l'un des représentants nommés par le Comité exécutif pour suivre la mise en œuvre des recommandations, a indiqué que le Comité avait tout lieu d'être satisfait avec les progrès faits jusqu'à présent pour appliquer les recommandations. Grâce aux efforts du Dr Jiménez et d'autres membres du personnel du Secrétariat, un grand pas en avant avait été fait en peu de temps. La plupart des mesures recommandées par l'Auditeur externe seraient achevées lorsque le Conseil directeur se réunira en septembre. Mais il restait du chemin à parcourir, surtout dans le domaine du recrutement du personnel et des procédures pour déposer les plaintes. Il fallait notamment communiquer les normes de conduite à tous les niveaux de l'Organisation. A l'évidence, une telle transformation ne saurait se faire entièrement d'ici septembre et le Comité exécutif se verrait donc confier une responsabilité de suivi continue.

47. Le Dr Jiménez a également remarqué que les États Membres étaient également responsables de la mise en œuvre des recommandations. Ils devaient s'assurer que le bureau juridique de l'OPS disposerait de ressources adéquates tant du point de vue budgétaire que de ressources humaines. Le personnel chargé de mettre en œuvre les recommandations était en nombre limité et toute expertise que pouvaient donner les États Membres serait grandement appréciée. Il a cité à ce propos l'exemple de son gouvernement qui envisager de « prêter » un avocat à l'OPS. En outre, une fois mises en place des procédures de recrutement transparentes, les États Membres devaient coopérer et ne pas exercer de pression pour que l'Organisation recrute des personnes pour des raisons politiques. De même, les Membres seraient responsables de vérifier que les bonnes procédures étaient suivies pour le règlement des plaintes et respecter les mêmes normes déontologiques qu'ils attendent du Secrétariat.

48. Le Comité exécutif a remercié le Dr Jiménez pour son rapport complet et détaillé et a félicité le Secrétariat pour les progrès au niveau de la mise en œuvre des recommandations. Les Membres ont indiqué que les recommandations de l'Auditeur externe et celles du Groupe de travail de l'OPS pour le 21^e se recoupaient à certains égards et qu'il était donc important de relier également la mise en œuvre des deux ensembles de recommandations. On a également fait ressortir le lien entre les recommandations de l'Auditeur externe et certaines des questions soulevées par l'Association du personnel (Document CE136/23).

49. Certains délégués se sont montrés préoccupés par une déclaration dans le document indiquant que les actions prises suite aux recommandations de l'Auditeur externe provenaient d'allégations anonymes. Ils pensaient qu'une telle déclaration donnait l'impression que le programme du Directeur était dicté par des sources anonymes

alors que sa mission lui est confiée par les États Membres. Ces mêmes délégués ont tenu à rajouter qu'ils faisaient pleinement confiance au Directeur.

50. En ce qui concerne l'aspect déontologique du travail de l'Organisation, un délégué a observé qu'honnêteté et transparence, ce n'était pas la même chose et qu'il fallait des outils ou instruments pour prouver l'honnêteté et partant assurer la transparence. Ce n'était qu'ainsi qu'on pouvait être sûr que les activités de l'Organisation étaient réalisées correctement. Le même délégué était d'avis que des institutions comme l'OPS auront toujours besoin d'une entité de supervision externe lorsqu'ils traitent de questions d'éthique publique.

51. S'agissant des pratiques de recrutement, le Dr Jiménez a clarifié à la demande de certains délégués la politique du Secrétariat concernant le fait de recruter à nouveau les personnes parties à la retraite. Certes, les personnes à la retraite représentent une excellente source d'information et d'expertise mais leur recrutement ne pouvait se faire qu'en raison de la fonction essentielle qu'ils pouvaient remplir. Par ailleurs se posait la question de savoir si les personnes parties à la retraite ne risquaient pas d'avoir des conflits d'intérêt une fois qu'elles avaient quitté l'Organisation. On a également demandé au Dr Jiménez de préciser les délais pour la déposition de plainte et une date limite à laquelle les États Membres devaient présenter leurs commentaires sur le projet de directives pour la collaboration avec les entreprises privées. Notant que son pays avait un système alternatif de résolution de litige qui s'était avéré efficace pour traiter les questions déontologiques, la Déléguée du Costa Rica a proposé l'assistance des avocats qui avaient concouru à l'échafaudage du système.

52. Le Dr Jiménez a remercié la Déléguée du Costa Rica pour son offre d'assistance. A son avis, la mise en place d'une procédure de déposition des plaintes était l'une des tâches les plus complexes et les plus épineuses de la mise en œuvre des recommandations de l'Auditeur externe. Le Secrétariat allait passer les deux à trois mois à venir pour compiler toute l'information qui avait été recueillie et commencer à créer un système de gestion de conflit. Probablement que la recommandation finale complète ne serait pas prête à temps pour être présentée au Conseil directeur en septembre mais le Secrétariat présentera certaines recommandations préliminaires et une approche structurelle générale à la gestion du conflit. On cherchait à rassembler toutes les entités disparates et séparées qui existent actuellement au sein de l'Organisation pour les fusionner en une approche consolidée y compris le Bureau du Médiateur, le Bureau de l'audit interne, l'Association du personnel, le bureau des Affaires juridiques, le Bureau de la gestion des Ressources humaines, afin qu'ils travaillent comme une équipe. Le Secrétariat allait probablement recommander de créer une entité de gestion de conflit qui devra rendre compte au Comité exécutif. Les Organes directeurs devront se rappeler que tout mécanisme qui sera adopté pour le règlement des plaintes devait être financé par les ressources régulières de l'Organisation.

53. En ce qui concerne le recrutement des personnes parties à la retraite, elle a noté que le Règlement du personnel l'autorisait mais qu'en même temps le Secrétariat essayait de voir ce que d'autres organisations faisaient à ce niveau et qu'il souhaitait introduire certains changements – par exemple, limiter la période de recrutement du personnel à la retraite ou encore demander qu'un laps de temps donné se soit écoulé avant de pouvoir à nouveau recruter le personnel parti à la retraite. Le Secrétariat ne voulait pas se priver de l'occasion de pouvoir à nouveau faire appel à son personnel en retraite qui possède une pléthore d'information et de compétence mais en même temps il reconnaissait qu'il fallait également faire de la place aux nouveaux qui apportaient de nouvelles idées. La question du recrutement des personnes à la retraite sera traitée dans le cadre de l'Initiative Carte routière sur les ressources humaines.

54. Se rapportant à la date limite pour soumettre les commentaires sur l'avant-projet des directives de collaboration avec les entreprises privées, elle a dit que le Secrétariat devra recevoir les commentaires avant le 31 juillet 2005 pour avoir le temps de revoir le document avant le Conseil directeur. Par ailleurs, elle a bien savoir que les commentaires n'avaient nullement un caractère final. Si elles avaient circulé, c'était tout simplement pour donner au Comité une idée de la position actuelle du Secrétariat sur la question.

55. Concluant la discussion, le Président a annoncé que l'Auditeur externe présenterait une mise à jour d'une année sur les recommandations pendant le 46^e Conseil directeur.

56. Le Comité n'a pas adopté une résolution se rapportant spécifiquement à ce point de l'ordre du jour mais dans sa Résolution CE136.R3, il a recommandé que le Conseil directeur adopte une résolution remerciant le Président et l'ancien Président du Comité exécutif pour leur travail de suivi de la mise en œuvre par le Secrétariat des recommandations du Rapport spécial de l'Auditeur externe et en demandant au Directeur de terminer la mise en œuvre desdites recommandations, surtout celles se concentrant sur les systèmes de règlement des plaintes et les ressources humaines.

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

57. Le rapport sur le Groupe de travail de l'OPS au 21^e siècle a été présenté par M. Sebastián Tobar (Argentine) au nom de l'Honorable Jerome Walcott (Barbade, Président du Groupe de travail sur l'OPS au 21^e siècle) qui se trouvait dans l'incapacité d'assister à la 136^e Session du Comité. M. Tobar a passé en revue le contexte et la composition du Groupe de travail. Notant qu'en plus de l'Argentine, de la Barbade, de Costa Rica, de Cuba et du Pérou – les Membres du Groupe de travail nommés par le Comité exécutif – plusieurs autres pays avaient participé activement au travail du Groupe, notamment Antigua-et-Barbuda, les Bahamas, le Brésil, le Canada, le Chili, la Dominique, la France, le Mexique, les Pays-Bas, les Antilles, le Nicaragua et les États-Unis d'Amérique. L'OMS et d'autres institutions ont également prêté leur concours. Le Secrétariat de l'OPS a également soutenu les activités du Groupe de travail.

58. Le Groupe de travail a organisé six réunions pendant lesquelles il a retenu les principaux problèmes ou obstacles en santé publique dans la Région ainsi que le rôle que jouent les organismes de coopération internationale dont l'OPS pour supprimer ces obstacles. Les Membres, d'autres pays participant et le Secrétariat ont préparé des documents sur les défis stratégiques qu'il faut relever dans dix domaines: l'impact différentiel des problèmes de santé dans les pays de la région ; la pauvreté et l'exclusion sociale ; les facteurs politiques et gouvernementaux ; les changements découlant de la mondialisation ; les catastrophes naturelles et la qualité de l'environnement physique ; la science, la technologie, la recherche et l'information ; les systèmes de santé et l'accès universel aux services de santé ; les ressources humaines ; les ressources financières et la coopération internationale dans le domaine de la santé. Les principales conclusions du Groupe en ce qui concerne ces défis sont récapitulées dans son rapport (Document CE136/5).

59. En fonction de son analyse des défis présents et futurs dans le domaine de la santé publique, le Groupe de travail a formulé un ensemble de recommandations concernant les activités de l'OPS et les mesures qui doivent être prises par l'Organisation dans les domaines suivants : biens de santé publique ; science, technologie, recherche et fournitures stratégiques ; alliances stratégiques et partenariats et le rôle de l'OPS ; modalités de coopération technique en santé ; gouvernance et ressources humaines. Les recommandations et actions proposées dans chaque domaine sont également présentées dans le rapport du Groupe de travail.

60. Le Comité exécutif a remercié le Groupe pour son rapport et l'a félicité pour son travail. Le Comité a également remercié le Secrétariat pour l'aide qu'il a apporté au Groupe. Les Membres ont trouvé que le Groupe de travail avait accompli de manière remarquable sa mission, produisant un solide rapport qui ébauche les domaines qui revêtent une importance critique pour l'avenir de l'Organisation avec à l'appui un ensemble de recommandations pour des actions pratiques qui permettraient à l'OPS d'intervenir plus efficacement dans le nouveau contexte mondial. Plusieurs délégués qui avaient concouru aux activités du Groupe de travail ont noté les débats approfondis sur ces questions tout en regrettant par ailleurs que les États Membres n'aient pas participé davantage pour enrichir encore le débat. On a proposé que les pays soient à nouveau invités à présenter leurs commentaires sur les recommandations du Groupe de travail afin d'encourager tous les États Membres à être des parties prenantes et on a demandé au Comité exécutif de fixer une date limite pour recevoir ces commentaires.

61. Le Comité a noté que le rapport et les recommandations du Groupe de travail devaient étayer le changement institutionnel en cours et la future planification stratégique de l'Organisation. Quant à ce dernier point, les Membres pensaient que le prochain plan stratégique devrait s'étendre sur la même période que le onzième Programme général de travail pour que l'OMS travaille en synchronie avec l'OMS. Les Membres ont également mis en avant l'importance de relier tous les divers ensembles de recommandations

provenant des rapports de l'Auditeur externe et des Services de supervision interne ainsi que le Groupe de travail sur l'OPS au 21^e siècle et les relier au changement institutionnel au sein du Secrétariat et au budget-programme biennal pour 2006-2007 afin de recommander une voie à suivre au Conseil directeur en septembre. Le Président a convenu de présenter sous forme de matrice les recommandations faites sur les sujets dont traitent les divers rapports afin que chacun puisse visualiser aisément ces liens.

62. Si le Comité était d'avis que le rapport et les recommandations du Groupe de travail cernaient effectivement les principales questions et les grands défis que rencontre l'Organisation, les délégués par contre ont trouvé qu'il fallait insister ou s'étendre davantage sur certains domaines. Mentionnant les recommandations sur les modalités de coopération technique en santé, la Déléguée du Costa Rica dont le Gouvernement avait concouru à l'élaboration du document sur ce sujet pour le Groupe de travail a souligné que l'OPS, en tant qu'organisation se spécialisant en santé publique, ne devait pas dépendre uniquement des indicateurs traditionnels tels que le produit national brut, la mortalité infantile ou l'espérance de vie à la naissance pour classer les pays ou mesurer leur niveau de bien-être mais devait également se pencher sur la performance de leurs systèmes de santé. De plus, connaissant les inégalités au sein des pays et entre ces derniers dans la Région, il était important de ventiler les données se rapportant aux indicateurs par zone géographique pour faire ressortir les régions qui avaient le plus besoin d'assistance. Le Délégué de la Jamaïque pensait qu'il fallait accorder plus d'attention à deux domaines qui renferment, à son avis, les principaux défis pour l'OPS et ses Membres à l'avenir : intégrer la santé dans le développement et traiter les déterminants sociaux de la santé. En ce qui concerne le premier point, des progrès ont certes été faits mais le secteur de la santé n'a pas vraiment réussi à communiquer l'importance que détient la santé pour le développement aux décideurs et collègues des autres secteurs. Tel devait donc être le fer de lance du travail de l'OPS dans les années à venir. Le changement comportemental ou l'acquisition de certains comportements constitue un autre domaine d'importance critique surtout chez les jeunes enfants si on veut que la population de demain comprenne pleinement la nécessité d'agir de manière responsable pour l'alimentation et l'activité physique, les pratiques sexuelle et autres comportements qui déterminent leur risque de contracter certaines maladies.

63. En ce qui concerne les questions de gouvernance soulevées par le Groupe de travail et par le Sous-Comité de planification et de programmation et le Sous-Comité sur la femme, la santé et le développement, on a proposé qu'un groupe de travail soit mis sur pied pour étudier les fonctions et les termes de référence des deux sous-comités et faire des recommandations à la prochaine session du Comité exécutif. On a également proposé que le groupe de travail examine tous les mécanismes de gouvernance de l'Organisation pour vérifier leur fonctionnement. On a notamment suggéré d'examiner de plus près l'élection du Directeur cherchant à rendre plus transparente la procédure. Les membres ont insisté sur le fait que le groupe de travail avait une mission bien délimitée et des

termes de référence bien définis et que les résultats de son travail devaient également être stipulés clairement.

64. Le Directeur a remarqué que les Organes directeurs devaient examiner certaines questions se rapportant aux règlements notamment la procédure pour envisager les résolutions. Elle a proposé que le groupe de travail se penche sur ces questions.

65. Le Dr Bernard Kean (Directeur, Département de gouvernance, OMS) a noté que le Conseil exécutif de l'OMS avait entrepris récemment un examen analogue de ses méthodes de travail. La procédure avait été longue et compliquée parce qu'on avait cherché à effectuer toutes les réformes souhaitées à la fois. L'expérience montrait donc que le Comité exécutif devait cerner de manière bien distinguée les tâches à entreprendre et se donner un calendrier pour leur exécution. Ensuite, une mission serait confiée au Secrétariat pour qu'il passe à l'action. Il a également noté que la procédure de l'OPS au 21^e siècle avait servi de modèle à l'élaboration du onzième programme général de travail de l'OMS.

66. A la demande du Directeur, Dr Daniel López Acuña (Directeur de la gestion de programme, OPS) a expliqué les calendriers que devaient envisager les Organes directeurs pour les diverses activités dont il était question. Concernant le groupe de travail proposé sur les questions de gouvernance, toute recommandation faite par un tel groupe devait être approuvée par le Conseil directeur en 2006. Aussi, le groupe formulerait-il ses recommandations et ensuite les présentera à la 138^e Session du Comité exécutif en juin 2006. Le Comité transmettrait ensuite les recommandations aux fins d'approbation au 47^e Conseil directeur en septembre 2006. Quant au plan stratégique pour la période suivante, le Secrétariat proposerait une approche méthodologique pour la formulation du plan à la 40^e Session du Sous-Comité de planification et de programmation en mars 2006. Cette proposition contiendrait toute décision prise par le 46^e Conseil directeur concernant la période qui serait couverte par le plan. Tel que le savaient les Membres, l'Organisation fonctionnait à présent sur un cycle de planification de cinq ans mais le Conseil directeur pouvait décider d'étendre le prochain plan stratégique jusqu'en 2015 pour couvrir la même période que le Onzième Programme général de travail de l'OMS. La proposition méthodologique serait ensuite examinée par les Organes directeurs en 2006. L'année suivante, un avant-projet de plan stratégique serait présenté au SPP en mars et puis au Comité exécutif en juin. Il irait ensuite à la 27^e Conférence sanitaire panaméricaine aux fins d'approbation en septembre 2007.

67. Le Directeur a fait savoir que le Secrétariat pouvait formuler, si le Comité exécutif le souhaitait, un avant-projet de proposition concernant les méthodes de planification de l'Organisation à long, moyen et court terme et sur l'harmonisation des cycles de planification de l'OMS avec ceux de l'OMS. Un document traitant de la question serait présenté à la 137^e Session du Comité.

68. Le Comité exécutif a adopté la Décision CE136(D3), demandant au Secrétariat de préparer et de présenter une proposition à la 137^e Session du Comité concernant la simplification des divers mécanismes de gouvernance de l'Organisation. Le Comité a convenu qu'un groupe de travail serait ensuite mis sur pied pour étudier la proposition préparée par le Secrétariat et présenter les recommandations afférentes à celle-ci au à la 138^e Session du Comité exécutif et au 47^e Conseil directeur. L'Argentine, le Costa Rica et Cuba souhaitaient faire partie du groupe. On a convenu que les termes de référence pour le groupe de travail sur la gouvernance seraient formulés et distribués avant la 137^e Session du Comité. On a également convenu que ces termes de référence seraient appuyés par une documentation sur l'examen des méthodes de travail du Conseil exécutif de l'OMS, les membres jugeant qu'il s'agissait d'une référence utile pour le groupe de travail.

69. Le Comité a également adopté la Résolution CE136.R3 recommandant que le Conseil directeur adopte une résolution demandant au Directeur de tenir compte des résultats du rapport et des recommandations du Groupe de travail sur l'OPS au 21^e siècle, des changements institutionnels au sein du Bureau sanitaire panaméricain et des recommandations du Rapport spécial de l'Auditeur externe lors de la préparation du prochain plan stratégique pour le travail du Bureau sanitaire panaméricain. De plus, le Comité a demandé au Directeur de préparer une proposition sur les cycles de planification de l'Organisation aux fins d'examen lors de la 137^e Session.

70. Le Comité a fixé le 20 juillet 2005 comme la date limite pour la présentation des commentaires sur les recommandations du Groupe de travail. Le Président écrirait aux États Membres les informant des délibérations du Comité sur ce point de l'ordre du jour, les encourageant à présenter des commentaires. On a également convenu que le Directeur encouragerait vivement les États Membres par le truchement des représentants de l'OPS/OMS à saisir cette dernière occasion qu'on leur présentait pour faire des commentaires sur les conclusions et les recommandations du Groupe de travail.

Rapport du Jury du Prix en Administration de l'OPS, 2005 (documents CE136/9 et CE136/9, Add. I)

71. Le Dr Roberto Dullak Peña (Paraguay) a indiqué que le Comité du Jury pour le prix en administration de l'OPS 2005, comprenant les représentants du Canada, de la Dominique et du Paraguay, s'est réuni le 22 juin 2005. Après examen attentif de la documentation sur les candidats nommés par les États Membres, le Comité a décidé de décerner le prix au Dr Francisco Rojas Ochoa de Cuba pour sa contribution exceptionnelle au développement de l'administration de programmes et services de santé dans son pays et dans plusieurs autres pays de la Région des Amériques et surtout le rôle prépondérant qu'il a joué au niveau de la formation des diverses générations de responsables et professionnels de la santé publique.

72. Le Comité a adopté la Résolution CE13.R11 avalisant la décision du Jury.

Rapport du comité permanent sur les organisations non gouvernementales en relations officielles avec l'OPS (documents CE136/10 et CE136/10, Add.I)

73. Mme Virginia Gidi (États-Unis d'Amérique) a fait savoir que le Comité permanent sur les Organisations non gouvernementales (ONG) composé de représentants de la Barbade, de Costa Rica et des États-Unis d'Amérique avait examiné une demande présentée par le Directeur conformément aux Principes régissant les Relations entre l'Organisation panaméricaine de la Santé et les Organisations non gouvernementales. Après avoir revu le document général préparé par le Secrétariat sur l'organisation en question, la Confédération médicale de l'Amérique latine et des Caraïbes (Confederación Médica Latinoamericana y del Caribe- CONFEMEL), le Comité permanent a décidé de recommander au Comité exécutif d'admettre CONFEMEL en relations officielles avec l'OPS pour une période de deux ans sachant que les actions mentionnées dans l'accord avec l'organisation seraient revues lors de la réunion du Comité permanent sur les ONG en 2007.

74. Le Comité a également examiné la documentation sur les huit ONG suivantes dont le statut en tant qu'organisations en relations officielles avec l'OPS devait être revu: Société américaine de microbiologie (ASM), Association interaméricaine du génie sanitaire et de l'environnement (AIDIS), Fédération internationale du Diabète (IDF), Association de l'Amérique latine et des Caraïbes de l'éducation en santé publique (*Asociación Latinoamericana y del Caribe de Educación en Salud Pública*, ALAESP), Fédération latino-américaine de l'industrie pharmaceutique (ALIFAR), March of Dimes, Pharmacopée des États-Unis (USP), et Association mondiale de sexologie (WAS).

75. Après une brève présentation par les ONG respectives et des commentaires du Secrétariat de l'OPS, et au vu de l'information écrite fournie sur les activités de collaboration entre chacune des ONG et l'OPS, le Comité permanent a décidé de recommander que le Comité exécutif autorise la continuation des relations officielles avec toutes les huit organisations sur une période de quatre ans.

76. Le Comité a avalisé les recommandations du Comité permanent adoptant la Résolution CE136.R1.

Questions relatives aux politiques de programmes

Budget programme proposé de l'Organisation panaméricaine de la Santé pour l'exercice financier 2006-2007 (Document officiel 317, documents CE136/INF/1, CE136/INF/2, CE136/INF/4, CE136/INF/5, CE136/INF/6)

77. Dr. Karen Sealey (Responsable, planification, budget de programme et soutien de projet, OPS) a présenté la proposition du budget programme pour 2006-2007 contenue dans le Document officiel 317 notant que la période biennale 2006-2007 revêtait une grande importance pour l'Organisation puisqu'il s'agissait du dernier exercice pour

atteindre les objectifs du Plan stratégique et de la Stratégie de gestion pour 2003-2007. C'était également le premier exercice biennal où serait mise en œuvre la nouvelle politique régionale du budget-programme.

78. Elle a commencé par repasser sur les étapes de l'élaboration du budget de 2006-2007 qui a commencé en novembre 2003 et ensuite a présenté le contexte et l'environnement dans lequel la proposition a été élaborée, survolant les principes et la direction stratégique qui ont guidé sa formulation. Divers facteurs environnementaux ont influencé le processus dont les demandes et attentes accrues de la part des États Membres et de leurs partenaires et la place de la santé qui est devenue une question de sécurité mondiale et régionale et un facteur d'importance primordiale pour la réduction de la pauvreté et le développement national ainsi que la demande toujours plus grande pour les services de l'OPS afin de permettre aux pays de profiter au mieux de la plus grande disponibilité du financement de nouveaux partenaires comme le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme. Dans les facteurs contextuels, elle a mentionné les accroissements obligatoires de \$11,2 millions¹ pour les postes financés par le budget ordinaire et l'augmentation de la part de l'OMS du budget combiné OPS/OMS bien que celle-ci n'ait pas été suffisante pour compenser l'impact de la Résolution WHA51.31 ou l'accroissement dans les coûts des postes pas plus qu'elle n'a suffi d'ailleurs à couvrir les coûts de l'OPS pour soutenir les priorités et les initiatives mondiales de l'OMS. Le Secrétariat conscient des contraintes dans l'environnement financier a cherché sans relâche à augmenter l'efficacité par le truchement de diverses mesures dont l'élimination de 34 postes, la simplification des opérations et la réduction des coûts administratifs et de fonctionnement.

79. La planification axée sur les résultats et l'approche « un-programme-budget » sont les grands principes qui ont guidé la mise au point du budget-programme. Si le Secrétariat présente depuis longtemps les résultats escomptés, il a pourtant franchi un pas en plus dans la proposition de 2006-2007 en reliant les résultats prévus au niveau des unités du Secrétariat aux résultats escomptés de toute la région reliés à leur tour aux résultats mondiaux escomptés par l'OMS. Dans l'approche un programme-budget, le Secrétariat présente pour la première fois un budget qui détermine le financement total nécessaire quelle que soit la source du financement. Par le passé, les propositions budgétaires ne présentaient que les crédits prévus au titre du budget ordinaire et les fonds extrabudgétaires engagés provenant d'autres sources. La proposition 2006-2007 présente le total de crédits qui devront être alloués pour arriver aux résultats escomptés avec les domaines qui sont sous-financés à l'heure actuelle. D'autres principes guident la mise au point du programme et du budget, tous étant d'ailleurs reliés aux éléments de la stratégie de gestion : s'inspirer des expériences pour apprendre, demander aux États Membres de fixer les priorités et viser l'équité et la décentralisation.

¹ A moins qu'il n'en soit autrement, tous les chiffres sont exprimés en dollars américains.

80. Le cadre de la coopération technique mis en avant par le Directeur dans la Stratégie de gestion donne la direction stratégique pour la formulation ainsi que la revue des propositions de budget-programme par les divers services. Ce cadre demande aux services de formuler leurs programmes de sorte à pouvoir traiter les problèmes de santé de la Région surtout ceux entrant dans les objectifs sur le plan santé de la Déclaration du Millénaire. Ce cadre demande également que soient protégés les progrès faits par le passé tout en relevant les nouveaux défis tels que les maladies infectieuses émergentes. La Politique régionale du Budget-Programme approuvée en 2004 exerce également une forte influence sur l'élaboration du budget-programme. En effet, cette politique prévoyait d'augmenter les crédits des divers pays en fonction des besoins de chaque pays et permettait au Directeur d'octroyer une proportion variable en fonction des critères approuvés par le Sous-Comité de la programmation et de planification lors de sa 39^e Session en mars 2005. La politique prévoyait également des affectations sous-régionales pour formaliser et intensifier le soutien de l'OPS accordé au programme de santé des divers processus d'intégration sous-régionale.

81. Autant d'éléments qui ont été pris en compte en formulant la proposition du budget-programme présentée au Comité reflétant le scénario C dans le Document CE136/INF/4. Le budget-programme comprend 38 domaines d'activités correspondant aux 36 domaines de l'OMS à l'exception d'un seul, Présence essentielle dans les pays, qui a été divisé en trois parties pour montrer le statut avancé de la Région du point de vue coopération au niveau des pays. Le budget total proposé pour 2006-2007 s'élevait à \$272,5 millions, soit une augmentation de 5% par rapport au budget de 2004-2005 de \$259 530 000. Ce chiffre représente le montant de 2004-2005 auquel viennent s'ajouter les majorations obligatoires des postes de l'ordre de \$11 240 000 plus une augmentation minimale hors poste de \$1,730 000. Cependant, malgré la réduction de 34 postes et l'augmentation de 5% dans le budget total, le niveau de financement hors poste en 2006-2007 serait très faible représentant à peine 37,5% du budget régulier. La part de l'OMS dans le budget ordinaire proposé s'élèverait à \$77 786 000, d'où une part de l'OPS de \$194 732 000. La portion de l'OPS sera financée par \$180 232 000 au niveau des recouvrements des contributions – augmentation de 4 % par rapport à 2004-2005- et \$14 500 000 en recettes diverses. Pour atteindre les résultats escomptés mentionnés dans le Document officiel 317, il faudra un total de \$538 044 000 et partant \$265 544 000 devront provenir des contributions volontaires. Le Secrétariat pense qu'il est faisable de mobiliser cette somme car il s'attend à recevoir une plus grande proportion de contributions volontaires de l'OMS que par le passé et a également l'intention de mobiliser de manière énergique des ressources supplémentaires.

82. L'Honorable John Junor (Représentant du Sous-Comité de planification et de programmation) a indiqué que le Sous-Comité avait examiné une version précédente de la proposition du budget-programme en mars. Les Membres pensaient que c'était une bonne chose que d'aligner davantage le programme et le budget de l'OPS sur ceux de l'OMS et de mettre en relief la transparence ainsi que la gestion et budgétisation axées

sur les résultats. Ils se sont également montrés fort satisfaits de l'importance plus grande accordée aux activités au niveau sous-régional et l'allocation de crédits à cette fin a fait l'accord de tous. Certes, ils ont reconnu que les États Membres faisaient de plus en plus de demandes auprès de l'Organisation et que l'inflation et les salaires du personnel faisaient grimper les coûts de fonctionnement de l'OPS mais certains délégués pensaient qu'il n'était pas nécessaire d'accroître la portion de l'OPS dans le budget ordinaire, surtout au vu de l'augmentation prévue des crédits alloués par l'OMS à la Région. D'après les délégués, il serait difficile aux pays d'accepter une augmentation de 3,1% dans les contributions qu'ils versent à l'OPS – augmentation proposée par le Secrétariat – quand l'OMS demandait également une nette augmentation dans les contributions. On a mis en avant la discipline budgétaire et un classement des priorités fait avec le plus grand soin possible tout en continuant sans relâche à augmenter le coût-efficacité des activités de l'OPS.

83. Le Sous-Comité avait demandé que la prochaine version de la proposition budgétaire donne plus d'information détaillée sur les mesures prises pour renforcer l'efficacité au sein de l'Organisation et expliquer comment sont classées les priorités. Le Sous-Comité avait également demandé que la prochaine version de la proposition présente plusieurs scénarios montrant l'impact de chacun des scénarios : un scénario avec le niveau d'augmentation prévu dans le document de budget présenté en mars avec un accroissement de 3,1% dans les contributions, un autre avec un accroissement uniquement dans la portion de l'OMS, mais croissance nominale nulle dans la portion OPS du budget et un troisième scénario consistant à maintenir le budget ordinaire au niveau de 2004-2005.

84. La discussion du Comité exécutif a commencé par un survol de la proposition générale suivie par un examen plus détaillé du budget-programme par section d'allocation de crédits. Lors de la discussion initiale, le Comité a reconnu tous les efforts ardues déployés pour préparer le budget remerciant le Secrétariat pour la proposition ainsi que pour les documents connexes bien qu'on ait noté l'absence de l'évaluation de la performance pour l'exercice 2002-2003 (Document CE136/INF/3) chose jugée regrettable. Les Membres soutenaient connaître les principes à la base de l'élaboration de la proposition surtout la planification et la budgétisation axées sur les résultats ainsi que l'approche un-budget intégré. On a pensé qu'il était effectivement très utile de s'aligner sur les priorités et domaines de l'OMS et on a approuvé pleinement le fait que le Secrétariat tienne compte dans la proposition du budget-programme des recommandations et des activités émanant des divers processus de changement en cours au sein de l'OPS.

85. Le Comité a remercié le Secrétariat pour la préparation du document avec les divers scénarios (Document CE136/INF/4) tel que demandé par le SPP mais a noté qu'il ne répondait qu'en partie à ce qu'avait demandé le Sous-Comité. En effet, il ne comprenait pas le scénario de croissance nominale nulle qui figurait au titre des options

demandées tout spécifiquement par le Sous-Comité. Par ailleurs, si le document apporte bien des chiffres pour les divers scénarios budgétaires il ne comporte pourtant pas une analyse qualitative de l'impact programmatique de chacun. Les États Membres ont besoin de ce type d'analyse pour prendre des décisions informées sur le budget et tout notamment sur la demande d'augmentation des contributions. Si on veut que les délégués justifient la demande d'augmentation dans les contributions, ils doivent comprendre le bien-fondé de ces augmentations. C'est d'autant plus important pour les pays dont les crédits diminueraient dans le cadre de la nouvelle Politique régionale du Budget-Programme.

86. Les Membres se sont montrés surpris par l'augmentation proposée des contributions dont le pourcentage était passé de 3,1% à 4% depuis la séance du SPP en mars et ils ont demandé au Secrétariat de leur donner des explications pour ce chiffre plus élevé. Ils ont également noté que tous les pays avaient vu augmenter leurs contributions lors des deux exercices précédents. Ces augmentations découlaient de la perte de ressources de l'OMS suite à l'application de la Résolution WHA51.31. La portion OMS du budget de l'OPS/OMS augmentant en 2006-2007, il était difficile de comprendre la raison justifiant une autre augmentation dans les contributions de l'OPS.

87. Les Membres ont reconnu que l'OPS connaissait des problèmes financiers mais ont fait savoir que leurs gouvernements devaient rendre compte des moindres dépenses de fonds publics. Se rapportant à un document mentionnant qu'il fallait « faire plus avec moins. », un délégué a indiqué que le moment était peut-être venu de faire « moins avec moins ». Cela signifie se donner des priorités bien définies et faire des choix difficiles. On a proposé qu'avant de demander aux États Membres de verser des contributions accrues, l'OPS fasse un classement prioritaire indiquant exactement les domaines où les crédits seraient dépensés ainsi que les programmes qui ne pourront plus être financés à cause du manque de fonds et ainsi les implications des scénarios budgétaires seraient bien plus claires. L'exercice expliquerait par exemple les raisons de la pondération des diverses sections des allocations de crédit et répondrait à de simples questions comme la suivante : pourquoi une proportion relativement faible du budget ordinaire est-elle affectée aux maladies non transmissibles et à la réduction des facteurs risques alors que la prise en charge des maladies chroniques est une préoccupation de plus en plus grande dans tous les pays de la Région.

88. Notant que les contributions volontaires représenteraient pratiquement la moitié du budget total et que ces contributions venaient souvent avec des conditions, les délégués se sont montrés préoccupés se demandant si l'OPS aurait la marge de manœuvre nécessaire pour affecter ces contributions aux divers domaines programmatiques. Ils ont noté que ni la proposition du budget-programme ni le Document CE136/INF/5 ne donnait beaucoup d'information sur la manière dont les contributions volontaires seraient appliquées conformément aux priorités stratégiques de l'Organisation et on a proposé que

l'information présentée dans le document CE136/INF/5 soit portée au document du budget lui-même.

89. Les Membres ont fait un certain nombre de suggestions spécifiques pour améliorer la présentation et le contenu du document du budget. On a notamment proposé que l'OPS présente son budget dans un style qui ressemble davantage à celui de l'OMS avec une analyse plus qualitative des implications du budget pour la planification des programmes de l'Organisation. De plus, les Membres ont demandé que la prochaine version du document comprenne le diagramme avec les antécédents budgétaires qui avait accompagné les propositions précédentes des budgets-programmes puisque cette information était utile pour comprendre les tendances dans le financement de l'OPS. Il serait également utile d'intégrer dans le document du budget-programme l'explication des critères régissant l'application de la portion variable des affectations de pays dont il est question dans le document CE136/INF/1. Les autres suggestions et demandes des États Membres sont données ci-après dans le paragraphe 90.

90. Aucun des délégués qui ont pris la parole lors de la discussion générale sur le budget n'était prêt à donner son accord à la proposition du budget-programme telle que présentée dans le *Document officiel 317*. Ils ont remarqué que le document et l'information connexe ne leur avaient été communiqués que peu avant l'ouverture de la Session du Comité exécutif, ne leur laissant pas le temps de demander à des experts de leur gouvernement respectif de le revoir. Afin de laisser le temps nécessaire pour la consultation et la discussion du budget avant le 46^e Conseil directeur, on a proposé qu'une séance spéciale d'une journée, ouverte à tous les États Membres, soit organisée en juillet. On a également proposé que le Secrétariat crée une page spéciale sur le site web de l'OPS pour que les Membres puissent afficher les commentaires et les questions sur le budget.

91. Pendant la seconde partie de la discussion sur le budget, les délégués ont posé de nombreuses questions sur des activités programmatiques spécifiques et les crédits alloués auxquelles ont répondu les divers membres du Secrétariat. Les Membres ont également demandé que certaines informations soient mises dans le document revu du budget qui sera présenté au Conseil directeur et certains Membres ont indiqué qu'ils présenteraient par écrit des demandes supplémentaires au Secrétariat. On a notamment demandé au Secrétariat de fournir :

- Un tableau montrant les domaines d'activités par allocations de crédits du budget ordinaire et contributions volontaires pour 2004-2005 et 2006-2007
- Un tableau montrant les domaines d'activité par niveau fonctionnel pour 2004-2005 et 2006-2007
- Une matrice montrant l'impact des divers programmes sur l'adoption et le changement de comportement en matière de prévention des maladies

- Un tableau indiquant la composition du personnel dans les bureaux de pays et leurs domaines d'expertise
- Une ventilation des ressources financières et humaines qui seront nécessaires pour mettre en œuvre les recommandations de l'Auditeur externe
- Une information sur le budget pour la Carte routière de transformation institutionnelle avec une ventilation du montant nécessaire pour chacune des initiatives de transformation.

92. Dr Sealey a indiqué que le Secrétariat ferait son possible pour fournir les tableaux et matrices demandés. Il fournirait également un scénario avec la croissance nominale zéro et une analyse de l'impact des divers scénarios budgétaires sur le travail de l'Organisation. En ce qui concerne la présentation du budget-programme, elle a noté qu'elle ressemblait de beaucoup à la présentation du document de budget de l'OMS en ce qui concerne les explications sur les domaines d'activité, la définition des questions et défis, les résultats escomptés et d'autres caractéristiques. Le Secrétariat reverra cependant la section d'introduction en cherchant à apporter le type d'information dont ont besoin les décideurs au niveau national pour comprendre et justifier la proposition tant du point de vue programmatique que sous l'angle budgétaire.

93. Répondant aux questions sur l'accroissement des contributions, le Directeur a expliqué que la proposition qui avait été présentée au SPP se fondait sur une augmentation prévue de 9% dans la portion OMS du budget mais la 58^e Assemblée mondiale de la Santé n'avait approuvé que 4%. Aussi, le Secrétariat avait-il dû demander une augmentation plus importante des contributions pour compenser la part plus petite de l'OMS et balancer davantage la proportion non poste du budget et la composante poste qui représentera même ainsi plus de 62% du budget ordinaire de 2006-2007. En ce qui concerne l'exercice de classement prioritaire demandé par le Comité, elle a fait savoir qu'à la fin de juin 2005, le Secrétariat allait entreprendre un examen de direction stratégique et de compétence de chaque service pour déterminer les ressources disponibles pour répondre à la mission de chaque unité. Une fois l'examen achevé, le Secrétariat devra couper certaines opérations. A ce moment là, elle sera en mesure de donner des informations sur le classement prioritaire que souhaite avoir le Comité. En attendant, elle en assurait les délégués, le Secrétariat faisait tous les efforts possibles et imaginables pour trouver diverses approches créatives (décentralisation des services, restructuration de certaines fonctions, fusion d'unités pour éliminer tel poste de responsable ou de coordinateur, etc.) pour gagner en efficacité et continuer à traiter les priorités fixées par les Organes directeurs.

94. Le Comité exécutif a demandé au Secrétariat d'organiser une séance d'une journée pour discuter plus amplement des questions budgétaires. Elle se tiendra à Washington DC avant le 22 juillet 2005. Le Comité a demandé au Directeur d'inviter tous les États Membres pour qu'ils participent à la session et d'organiser également une

vidéoconférence pour faciliter la participation à distance de pays qui ne pourront pas envoyer de représentant à Washington. De plus, le Comité a demandé au Secrétariat de créer une section spéciale sur le site Web de l’OMS où les membres peuvent afficher commentaires et questions sur la proposition du budget. Le Comité a convenu que la période de commentaires serait ouverte du 24 juin 2005 au 15 juillet 2005.

La coopération technique entre les pays de la Région (document CE136/11)

95. Dr Mariela Licha Salomón (Coordinatrice, Unité de soutien au pays, OPS) a présenté le document préparé par le Secrétariat sur ce point de l’ordre du jour notant qu’il s’agissait d’un rapport d’activité concernant la stratégie ébauchée dans un document de 1998, intitulé *Coopération technique entre pays : Panaméricanisme au 21^e Siècle*. Le présent document présente les aboutissements des 181 projets analysés dont le plus important concerne le renforcement des capacités au niveau national pour traiter des problèmes particuliers. Il récapitule également les leçons retenues et sous sa forme actuelle trace les efforts faits par le Secrétariat pour intégrer tous les commentaires faits par le Sous-Comité de planification et de programmation en mars.

96. Le concept de coopération technique entre pays (CTP) est tiré du Plan d’Action de Buenos Aires inspiré lui-même de la Conférence des Nations Unies sur la coopération technique entre pays en développement qui s’est tenue en 1978. L’OPS soutient depuis longtemps la coopération entre pays et a renouvelé cet engagement lors de l’introduction de la stratégie pour le changement institutionnel de 2004. Environ 1% des ressources du Secrétariat sont consacrées à la CTP.

97. Tel que le montrent les informations contenues dans le document, on note une augmentation régulière des projets CTP présentés tout au long des trois exercices biennaux précédents. Tous les États Membres de l’OPS ont participé à un projet CTP au minimum. 28% de tous les projets entre 1998 et 2003 comprenaient au moins un des pays prioritaires retenus dans le Plan stratégique de l’Organisation pour 2003-2007. Les projets entre pays voisins ou entre pays de la même sous-région sont les plus nombreux. Les projets CTP étaient particulièrement fréquents dans les régions frontalières qui sont souvent les parties les plus pauvres et les plus négligées d’un pays.

98. Les 181 projets approuvés lors de ces trois exercices biennaux se classent dans cinq domaines d’activités et un cinquième de ces projets recoupe deux domaines ou plus. Ces domaines sont les suivants : action intersectorielle et développement durable (25%), information et technologie de la santé (16%), accès universel aux services de santé (23%), lutte contre les maladies et gestion du risque (23%) et santé familiale et communautaire (13%). C’est l’axe de l’action intersectorielle et du développement durable qui a connu le plus d’activités puisque le nombre de projets approuvés a plus que doublé pendant les trois exercices. Cette augmentation semble répondre au besoin d’intensifier les partenariats entre le secteur de la santé et d’autres secteurs et parties concernées et de renforcer la participation sociale. Un des grands défis qui s’est présenté

au Secrétariat et aux pays consistait à augmenter le nombre de projets entrant dans le domaine de la santé familiale et communautaire se rapportant à plusieurs objectifs du Millénaire pour le Développement et ciblant un grand nombre de problèmes des pays prioritaires.

99. En date de l'exercice biennal 2002-2003, la proportion de projets présentant un rapport final s'élevait à 50%. Lors de l'exercice actuel, la plupart des projets sont encore en cours et on ne sait donc pas combien de rapports finals seront encore présentés mais le Directeur était content de pouvoir indiquer que tous les projets (alors que cette proportion n'était que de 50% lors de l'exercice précédent) aurait un volet évaluation.

100. Se rappelant que l'une des recommandations du SPP était de donner plus d'informations sur les résultats des projets CTP, elle a noté au premier plan de ces résultats le renforcement de la capacité technique nationale pour traiter les problèmes en fonction de l'approche interdisciplinaire. D'autres résultats importants ont été signalés : systématisation des expériences et publication de documents et rapports scientifiques ; mise au point de normes, formulation de politiques et programmes nationaux et adaptation de modèles, méthodologies ou technologies. Par ailleurs, d'autres résultats positifs sont apparus qu'on avait moins bien anticipé : sensibilisation des pouvoirs publics ; renforcement du dialogue inter-pays ; création de nouveaux projets et mobilisation des ressources, renforcement des liens et échanges entre les entités centrales, régionales ou locales ; et renforcement des communications et réseaux entre les pays et au sein de ceux-ci, autant de liens venant soutenir le transfert de technologie.

101. Le Comité exécutif s'est montré très satisfait de la nouvelle version du document. Les Membres pensaient en effet que l'information supplémentaire sur l'histoire et le concept de la CTP l'enrichissait nettement. Par contre, de plus amples détails s'avéraient encore nécessaires. En effet, aucune information n'était mentionnée sur le montant total de crédits alloués à chaque pays et notamment sur les montants qui n'ont pas été dépensés et sur la manière dont ces fonds ont été utilisés à d'autres fins. De tels comptes rendus devaient être faits lors des réunions des Organes directeurs afin de permettre à un pays qui planifier un projet de savoir immédiatement si d'autres pays avaient encore des fonds disponibles. De même, on a répété la suggestion faite lors de la séance de mars du SPP : créer un registre montrant tous les projets possibles du côté offre pour que les pays du côté demande puissent faire un tour de l'inventaire.

102. On a également proposé que la partie de CTP sur le site Web de l'OPS en plus des rapports finals affiche des documents de directives et des exemples de propositions de projets de CTP avec à l'appui toute autre information pertinente qui serait utile pour les pays souhaitant préparer une proposition. Certes, les bureaux des représentants de l'OPS/OMS apportent des directives et guident les pays tout au long des étapes de ce processus mais il serait fort utile pour les pays d'avoir un accès aussi facile à une telle information. Une explication pourrait d'ailleurs être rajoutée au document montrant comment les décisions sont prises concernant l'octroi de fonds de CTP et l'approbation

des projets. S'il s'agissait à l'évidence d'une négociation entre deux gouvernements, dont les représentants sont les interlocuteurs, par contre on savait peu de choses sur le mécanisme de fonctionnement de ce processus.

103. Le faible nombre de projets en cours a soulevé certaines préoccupations car il faudrait le doubler pour atteindre le niveau de l'exercice précédent. On a demandé au Secrétariat s'il pouvait donner la raison d'un nombre aussi faible à un stade aussi avancé de l'année. Il semblerait que les crédits alloués aux projets de CTP ont été réduits dans le budget-programme de 2006/2007 et des explications ont été demandées à ce propos. On s'est préoccupé de la lenteur de la procédure d'approbation puisque certains projets de CTP prennent une année ou plus entre la soumission et l'approbation et de longues périodes s'écoulent sans réponse pas même une réponse négative. Les Délégués ont demandé si les pays pouvaient faire quelque chose, de leur part, pour aider à accélérer le processus.

104. Plusieurs Membres étaient d'avis que les rapports finals qui venaient des pays sur leurs projets de CTP restaient encore en nombre insuffisant, suggérant au Secrétariat d'insister et d'indiquer que si le rapport final n'est pas présenté, les projets CTP présentés par la suite par le pays en question ne seraient pas envisagés ni examinés aux fins d'approbation tant que le rapport n'a pas été présenté.

105. Une délégation a présenté des objections quant à la description du processus CTP comme étant « motivé politiquement » insistant sur le fait que le rôle de l'OPS était d'aider les États Membres à atteindre le meilleur niveau de santé possible et non pas à s'engager dans une voie de motivation politique.

106. Les Membres ont rappelé que le SPP avait demandé que l'octroi de projets de CTP se fasse en vertu de normes transparentes. En effet, il semble que le Secrétariat pense qu'il n'y a pas besoin de circuler de telles normes puisque les fonds de démarrage des projets de CTP ne représentent que 1% du budget ordinaire et pourtant il existe une contradiction entre les bonnes pratiques de gouvernance et les normes de gestion que le Secrétariat était obligé de suivre. On a demandé au Secrétariat de circuler les normes avant le 46^e Conseil directeur.

107. Le Directeur a remarqué que toute l'information concernant les projets de CTP était donnée dans le budget-programme biennal et qu'il était entièrement transparent. De plus, un manuel était disponible pour la planification des projets de CTP. Elle souhaitait au nom du Secrétariat que les États Membres expliquent clairement le type d'informations qu'ils souhaitaient recevoir.

108. Un des délégués a rappelé que le SPP avait demandé quelles étaient les informations sur les critères à l'aune desquels les projets de CTP étaient évalués par le Secrétariat en vue de prendre une décision pour le financement. Le SPP avait également demandé quels étaient les objectifs communs les plus importants pour chaque projet, quel

était le processus d'évaluation et les analyses objectives appliquées à la faisabilité de chaque projet, quelle était la composante de suivi et d'évaluation utilisée lors de la mise en œuvre du projet qui permet de voir si le projet est sur la bonne voie et quelle était l'information montrant comment les fonds qui n'avaient pas été entièrement dépensés par un projet étaient réabsorbés et ré-alloués par le Secrétariat. Ce manque de transparence était une cause de frustration pour les membres du Comité exécutif car il leur était bien difficile dans de telles conditions de voir si les projets de CTP avaient un véritable impact.

109. Le Directeur a confirmé que tous les projets étaient soumis à une procédure d'examen. Certes les fonds de CTP ne représentent que des sommes relativement petites de fonds de démarrage puisque la proportion plus importante provient des pays eux-mêmes, mais cela ne changeait nullement le processus d'examen qui restait le même que pour les projets de millions de dollars. Ce processus est expliqué dans le manuel de CTP que l'on peut consulter sur le site web.

110. Le Dr López Acuña a expliqué que les fonds de CTP faisaient partie du budget-programme biennal approuvé par les États Membres. Pour l'exercice actuel et l'exercice à venir, le budget comprend une section appelée Coopération technique entre les pays qui contient les résultats escomptés des projets de CTP. Les crédits de CTP ne représentent pas une rubrique budgétaire séparée pour des allocations indépendantes mais faisaient partie intégrante des crédits alloués à tel pays. Lorsque le Secrétariat s'engage dans des discussions budgétaires pour l'exercice biennal à venir avec chacun des pays, un des éléments de la discussion porte sur la proportion des crédits alloués au pays qui sera réservée à la CTP.

111. Plusieurs délégués ont souligné que les projets de CTP étaient très utiles dans leur pays comme mécanisme de soutien et d'assistance surtout entre les pays qui ont des frontières en commun et des problèmes communs de lutte contre les maladies, santé environnementale etc. Le Délégué du Canada du côté bailleurs de fonds a également soutenu le concept de la CTP, expliquant que les crédits OPS du Canada étaient dépensés pour des projets CTP avec d'autres pays plutôt que d'être dépensés au Canada.

112. Dr Licha Salomón a répété que le manuel des projets de CTP qui apportait une réponse à la vaste majorité des questions posées pouvait être consulté sur le site web de l'OPS au même titre que la liste des projets approuvés avec les pays engagés dans ces projets et le sujet des projets. Certains rapports finals étaient également disponibles sur le web et un plus grand nombre encore seraient affichés dès qu'ils seront revus et édités. En ce qui concerne la proposition de publier toutes les capacités de coopération technique que chaque pays pouvait offrir pour la coopération avec d'autres pays, elle pense que l'OPS répond déjà en grande partie à cette demande en publiant la liste des projets et des rapports finals. Quant à l'allocation de crédits, elle a indiqué qu'il serait facile d'ajouter un tableau sur le site Web qui serait mis à jour périodiquement non seulement avec le

plafond budgétaire CTP pour chaque pays mais aussi en précisant le niveau effectif de crédits alloués.

113. En réponse à la question sur l'évaluation, elle a expliqué que les projets CTP étaient déjà revus par des services techniques concernés pour vérifier que chaque projet pris individuellement était conforme aux politiques de l'OPS en ce domaine. Les projets n'étaient jamais présentés aux fins d'approbation au Directeur sans avoir reçu au préalable l'approbation des unités techniques, des ministères de la santé des deux pays et des représentants dans les deux pays. C'est l'obtention obligatoire de toutes ces approbations qui ralentit parfois le processus d'adoption finale.

114. En ce qui concerne les questions sur le processus lui-même, elle a indiqué que la nature de la CTP en elle-même demandait que le Secrétariat assume un rôle d'encadrement plutôt que d'intervenir de manière plus active. Ce sont les propres experts du pays qui mettent en œuvre les projets et qui se chargent de son évaluation. Les experts techniques des bureaux de l'OPS dans le pays suivent le processus vérifiant notamment que les conditions de l'évaluation sont bien remplies mais l'évaluation en elle-même entre dans la responsabilité des pays qui participent. Elle a également confirmé que la politique du Secrétariat veut qu'un pays qui ne présente pas un rapport final ne pouvait pas obtenir l'approbation de demandes ultérieures de CTP.

115. Le Directeur a indiqué que divers facteurs expliquaient la baisse dans les crédits alloués à la CTP dans la proposition de budget 2006-2007. D'une part, le budget hors poste de l'Organisation avait diminué puisqu'il a fallu augmenter la partie postes dans l'exercice actuel. Le second facteur était le suivant : avant le budget 2004-2005, on avait une composante relativement grande de la CTP sous forme d'un fonds commun pour les pays des Caraïbes. Et le troisième facteur se situait au niveau d'un grand nombre qui avaient décidé qu'avec la nouvelle Politique régionale du Budget-Programme de ne faire aucune allocation de CTP dans leurs pays.

116. Elle souhaitait également mettre au clair la déclaration concernant la CTP en tant que volet de la politique étrangère des pays et de la coopération internationale entre les pays. Tel que définie dans la politique de 1998, la CTP est un volet de la politique étrangère d'un pays. C'est dans ce sens qu'est utilisée la phrase « motivée politiquement ». C'est en fonction de sa politique étrangère qu'un pays choisira les autres pays avec lesquels il va coopérer. Par exemple, certains pays avec une frontière en commun ne collaborent pas à cause de longs conflits entre eux souvent d'ailleurs à propos de cette frontière en commun. Même si les politiciens se rencontrent et signent un accord de coopération bilatérale, les thèmes retenus pour les activités qui seront réalisées en commun ne figurent pas forcément dans les projets de CTP. Ou inversement, les thèmes qui ont été retenus pour des projets CTP dans le domaine de la santé ne correspondent pas forcément aux engagements pris par des représentants du ministère des affaires étrangères. Si certains pays ont effectivement des fonds de coopération bilatérale avec leurs services des affaires étrangères, il n'en reste pas moins qu'on pourrait souvent

améliorer la coordination et les rapports entre les diverses entités responsables des questions internationales dans les ministères de la santé d'une part et celles appartenant au ministère des affaires étrangères d'autre part.

117. Enfin elle a noté la quantité impressionnante d'efforts et les sommes considérables d'argent qui ont été consacrés par le passé par le Programme des Nations Unies et pour le Développement (PNUD) et d'autres entités pour essayer de faire correspondre les besoins et les capacités. Ces efforts n'ont jamais abouti : les inventaires des besoins et des capacités sont devenus obsolètes, le personnel responsable des tâches est parti, etc. Ce que l'OPS cherche à faire par l'intermédiaire du Domaine de gestion des connaissances, c'est d'utiliser une méthodologie en ligne plus moderne pour mettre en place un réseau de relations et avoir ainsi un meilleur impact.

118. Le Comité exécutif a pris note du rapport sur la coopération technique entre pays mais n'a jugé nécessaire d'adopter une résolution sur le sujet.

Stratégie pour l'avenir des Centres panaméricains (Documents CE136/12, CE136/INF/8 et CE136/INF/8, Add. I, Rev.1)

119. Le Dr Carissa F. Etienne (Directrice adjointe, BSPA) a présenté le document concernant ce point de l'ordre du jour, notant qu'il a été préparé suite à la Résolution CSP20.R31 qui demande au Directeur d'entreprendre des évaluations régulières des centres et de faire ensuite le compte rendu aux Organes directeurs. Le document fait une mise à jour de plusieurs aspects techniques, gestionnaires et administratifs se rapportant aux activités et au fonctionnement des centres panaméricains, dans le contexte général des besoins de coopération technique identifiés par les pays. Il revoit également la capacité institutionnelle nationale et se penche sur l'urgence de faire la meilleure utilisation possible des ressources. Il présente des informations sur les changements introduits au Centre panaméricain de génie sanitaire et des sciences de l'environnement (CEPIS) et au Centre latino-américain pour la périnatalogie et le développement humain (CLAP) et ébauche une proposition pour la cessation des opérations de l'Institut panaméricain pour la protection alimentaire et la lutte contre les zoonoses (INPPAZ) et sur la restructuration de ses fonctions.

120. Les centres panaméricains sont une modalité privilégiée de coopération technique de l'OPS. Ils ont été créés pour compenser les faibles capacités de recherche et le manque de ressources humaines qualifiées dans un pays et pour fournir une masse critique d'expertise dans laquelle on pourra puiser pour le renforcement des capacités dans chaque pays de la Région. Au fil des 50 ans qui ont précédé, les organes directeurs de l'OPS ont approuvé la création de 12 centres et la fermeture de quatre d'entre eux. Actuellement, il existe huit centres situés dans sept pays. De plus, l'OPS travaille avec 204 centres collaborateurs de l'OMS situés sur l'ensemble de la Région.

121. Le document fait l'esquisse des diverses questions communes à tous les centres : pertinence de la coopération technique, gouvernance, relation avec le pays hôte, ressources humaines et ressources financières. Tel qu'on peut en juger d'après les rapports financiers du Directeur et les rapports de l'Auditeur externe, c'est la viabilité financière à long terme qui donne le plus de mal aux centres. Ces derniers peuvent compter sur cinq sources de recettes : 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. Le document renseigne sur les montants obtenus de toutes ces sources en 2004 et en 2005.

122. Prenant le cas spécifique du CEPIS, le Directeur a rappelé que les résultats de la dernière évaluation du Centre, faite en 2002, avait conclu qu'il était une source précieuse de coopération technique qui devait être gardée mais que son rôle et ses fonctions actuelles devaient être adaptées pour qu'il soit d'une orientation plus proactive et qu'il puisse intervenir davantage par l'intermédiaire de réseau d'institutions pour multiplier l'effet de sa coopération technique. Suite à cette évaluation et en fonction de la Stratégie de gestion pour les Activités du Bureau sanitaire panaméricain pour la période 2003-2007, le Domaine du Développement durable et de la Santé environnementale était restructuré pour décentraliser et déléguer à CEPIS la coopération technique régionale en matière d'approvisionnement en eau, services d'assainissement (égout) et évacuation des déchets solides. En confiant ces responsabilités de gestion à CEPIS, on facilite la concentration de ressources humaines et financières rendant plus efficace la coopération technique de l'OPS dans ces domaines et CEPIS garde son identité de centre panaméricain.

123. S'agissant de CLAP, dans un souci de faire la meilleure utilisation des ressources disponibles, le Domaine de la santé familiale et communautaire était en pleine restructuration afin de décentraliser et de déléguer au siège de CLAP la coopération technique régionale visant à augmenter la capacité pour améliorer les systèmes nationaux de surveillance épidémiologique et diminuer les risques en matière de reproduction ainsi que la mortalité périnatale et maternelle. En confiant ces responsabilités programmatiques à CLAP, on facilite la concentration de ressources humaines et financières rendant plus efficace la coopération technique de l'OPS dans ces domaines et CLAP garde son identité de centre panaméricain.

124. Quant à l'INPPAZ, elle a noté qu'il s'agissait du seul centre OPS ou OMS qui se spécialise dans les questions d'innocuité ou salubrité des aliments. L'INPPAZ assume également les fonctions de Secrétariat de droit de la Commission panaméricaine d'innocuité des aliments (COPALA), organe consultatif de la Réunion interaméricaine, au niveau ministériel, sur la santé et l'agriculture (RIMSA) qui a été établie en 2000. Seulement dès le départ l'INPPAZ disposait d'un petit budget de fonctionnement qui n'a cessé de diminuer depuis 2001. Depuis sa création, il lui est difficile d'obtenir dans les délais nécessaires les fonds de contrepartie du pays hôte pour financer ces dépenses de

fonctionnement. Il est de plus en plus urgent de faire la meilleure utilisation possible des ressources humaines, institutionnelles et financières disponibles dans la Région et par conséquent, on a proposé que le Comité exécutif envisage les mesures suivantes pour l'avenir des activités de l'OPS dans le domaine de la salubrité alimentaire : a) mettre fin à l'INPPAZ en tant que centre panaméricain ; créer un réseau de centres nationaux associés, coordonné par le Service de santé publique vétérinaire de l'OPS pour soutenir la mise en œuvre du Plan d'action OPS/OMS pour la coopération technique en matière de salubrité alimentaire, 2006-2007 ; unir l'équipe pour la coopération technique en salubrité alimentaire et l'équipe travaillant sur les zoonoses et la maladie aphteuse et profiter de l'infrastructure actuelle de la PANAFTOSA à Rio de Janeiro au Brésil ; et mobiliser des ressources complémentaires pour renforcer la coopération technique dans les différentes sous-régions.

125. Le Dr Etienne a conclu en notant que le Secrétariat avait l'intention de présenter les propositions sur plusieurs autres centres panaméricains lors de la 139^e Session du Comité en juin 2006 dont deux situés dans les Caraïbes : le Centre d'épidémiologie des Caraïbes (CAREC) et le Centre de l'alimentation et de la nutrition (CFNI).

126. L'Honorable John Junor (Représentant du Sous-Comité de planification et de programmation) a indiqué que le Sous-Comité exprimait sa reconnaissance devant les efforts faits par le Directeur et le Secrétariat pour veiller au fonctionnement des centres panaméricains dans un contexte bien différent de celui qui avait existé au moment de leur création. Les choses avaient changé avec les progrès de la communication et de la technologie et les Membres pensaient que le moment était venu d'examiner un par un les centres pour voir lesquels remplissaient encore un rôle utile en fonction d'une analyse honnête et ouverte de chacun sous l'angle financier et programmatique. Les Délégués avaient jugé que le critère fondamental pour maintenir en place un centre régional ou sous-régional était de juger s'il apportait ou non quelque chose qui ne pouvait pas être fournie par des institutions nationales dans les pays pris individuellement. En même temps, on a remarqué que les centres, du moins dans la sous-région des Caraïbes, étaient vus comme des instruments de premier plan pour la coopération technique entre les pays. Leur rôle était jugé capital pour le développement de la santé dans la sous-région puisqu'ils venaient compléter et soutenir les activités nationales réalisant par ailleurs des économies d'échelle.

127. Le Sous-Comité avait souligné que les activités des centres panaméricains ne devaient pas reproduire les activités des programmes régionaux de l'OPS et absorber les modiques ressources. C'est chose préoccupante de noter que les fonds de l'OPS sont utilisés pour soutenir les activités de la PANAFTOSA dont la mission principale n'est pas en rapport avec la santé humaine. On a proposé que l'Organisation envisage à nouveau la possibilité que l'Organisation de l'alimentation et de l'agriculture (FAO) des Nations Unies ou d'autres organisations agricoles financent certains volets du travail de la PANAFTOSA.

128. Notant que le document préparé pour le SPP faisait allusion à une liste de critères pour l'évaluation des centres, le Sous-Comité avait demandé si ces critères étaient pertinents pour la situation de la Région sur le plan de la santé et avait demandé que la liste complète des critères soit comprises dans le document qui sera présenté à la 136^e Session du Comité exécutif pour guider la discussion sur ce sujet.

129. Prenant la parole en tant que Délégué de la Jamaïque, M. Junor a noté que le caucus des ministres des Caraïbes a revu récemment une évaluation de quatre centres dans les Caraïbes y compris CAREC et CFNI. Ils ont conclu que les centres de l'OPS remplissaient un rôle très utile mais à leur avis un examen devait être fait de trois questions : 1) les missions fondamentales des centres, en cherchant à voir si elles correspondent effectivement aux besoins de la Communauté des Caraïbes (CARICOM) ; 2) des mécanismes de financement qui dépendent moins des contributions des pays membres ; et 3) des mécanismes de gouvernance. Quant à ce dernier point, les ministres pensaient que les deux centres devaient rester affiliés à l'OPS car CARICOM ne possédait pas actuellement la capacité d'assumer l'entière responsabilité de leur fonctionnement. Notant par ailleurs que le CEHI dépendait de l'expertise du CEPIS, il aimerait savoir comment la réorganisation du Centre pourrait se répercuter sur sa relation avec CEHI.

130. Le Président a proposé que la question des centres panaméricains soit examinée en trois segments. Lors d'une première étape, on pourra mettre au clair les actions que le Secrétariat a déjà prises en ce qui concerne le CEPIS et le CLAP, n'exigeant plus de décision de la part du Comité exécutif. Par contre, pour la deuxième partie, une décision doit être prise : faut-il ou non approuver la recommandation du Secrétariat d'abolir l'INPPAZ. Une autre décision devra être prise pour le troisième segment, à savoir que fera-t-on du personnel et des structures de l'INPPAZ dans le cas où on décide de l'abolir.

131. Un grand nombre de délégués et l'observateur de l'Association interaméricaine de génie sanitaire (AIDIS) ont exprimé leur satisfaction pour les activités passées du CEPIS et du CLAP et anticipant son renforcement grâce à la décentralisation expliquée par le Secrétariat dans son document. Les délégués ont remarqué que certaines fonctions du centre – celles se rapportant à l'approvisionnement en eau et à l'assainissement – étaient à présent assumées par les pays, soit par les fonctions publiques du gouvernement ou par des entités privées ou mixtes. Cela demande peut-être que les opérations des centres panaméricains changent, elles aussi, en réponse à cette nouvelle organisation. Les délégués ont fait savoir que la chose la plus importante était d'opter pour la voie qui représente la meilleure option pour la santé des habitants de la Région. En premier lieu, il s'agissait de veiller à ce qui avait été accompli et de protéger les gains déjà obtenus. Certes, de nouveaux défis doivent être relevés à présent mais sans que cela se fasse au détriment des accomplissements passés. Par ailleurs, il serait possible de relier davantage les activités des centres panaméricains à celles des centres collaborateurs de l'OMS pour réaliser des synergies opérationnelles.

132. Le Dr Etienne a rappelé que si les Organes directeurs avaient recommandé que l'OPS ne fassent pas double emploi avec les programmes régionaux, il est un fait que CEPIS et CLAPS répètent dans une certaine mesure les fonctions du Siège de l'OPS. Et pourtant à aucun moment l'OPS n'avait-elle parlé d'abolir ces deux centres. Au contraire, le Secrétariat cherchait à rassembler dans une place au lieu de deux les fonctions de direction pour certains services de santé. Une telle mesure renforcerait l'efficacité et le coût-efficacité tout en supprimant certains postes qui faisaient double emploi. Les services seraient décentralisés au niveau des centres tout en maintenant leurs relations organisationnelles avec le domaine technique auquel ils appartiennent. De fait, cela ne ferait que raffermir la relation. L'essentiel revient à maximiser l'impact bénéfique de la coopération technique que l'OPS et ces centres fournissent aux pays de la Région. Les fonctions des centres ont été revues, le processus de réalignement est achevé et, d'après les premières estimations, la décentralisation des fonctions au niveau du CEPIS et du CLAP permettraient des économies de l'ordre de \$1,5 million. Répondant à la préoccupation du Délégué de la Jamaïque, elle a rassuré le délégué lui indiquant qu'il n'y aurait aucune diminution dans le soutien du CEPIS au CEHI.

133. Le Directeur a indiqué que dans ce contexte de ressources qui ne cessent de diminuer, certains centres ont commencé à chercher d'autres sources de revenus et sont sortis de leur champ d'action, poussés davantage par les problèmes financiers que les priorités de santé publique. Ce qu'on cherche à faire à présent, c'est de confiner et de concentrer la mission des centres à des domaines bien délimités d'importance cruciale pour atteindre les objectifs du Millénaire pour le Développement tels que l'eau et l'assainissement ou la santé maternelle et reproductive.

134. L'avenir de l'INPPAZ a également été discuté. Certains délégués penchaient pour sa fermeture alors que d'autres trouvaient qu'ils ne pouvaient pas approuver une telle mesure tant qu'ils ne sauraient pas ce que prévoyait le Secrétariat pour le domaine entier de la salubrité alimentaire de la Région. Les délégués ont demandé si une étude complète des implications de la fermeture d'un centre panaméricain avait été faite conformément à la résolution CSP20.R31.

135. Plusieurs membres ont indiqué que si les difficultés financières de l'INPPAZ étaient un facteur dont il fallait tenir compte, il ne faudrait pourtant pas que ce soit le critère financier qui dicte à lui seul la clôture d'un centre panaméricain car une telle décision devait reposer avant tout sur un examen qui permettrait de voir si les fonctions assumées par le centre répondent effectivement aux besoins de la Région sur le plan de la santé et de déterminer en second lieu si ces fonctions pouvaient être fournies par un centre national. On a fait savoir que si tel était le cas, cela voulait dire que les capacités nationales avaient été renforcées pendant toutes ces années où le centre avait fonctionné et que c'était une raison de satisfaction et non pas de regret.

136. Un membre craignait que la place prépondérante accordée à la salubrité alimentaire ne s'estompe si l'INPPAZ son défenseur se retirait de la scène. L'INPAZZ a

également été un facilitateur de la collaboration scientifique internationale dans la Région. En vue de maintenir ces deux fonctions importantes, ne serait-il pas possible de mettre en place un bureau de l'INPPAZ au sein de PANAFTOSA. On a proposé de transférer à l'INCAP certaines fonctions de salubrité alimentaire de l'INPPAZ du moins pour l'Amérique centrale.

137. En ce qui concerne PANAFTOSA, le Délégué du Canada tout en reconnaissant que le Centre avait fait un travail excellent et absolument nécessaire a demandé à nouveau si ces travaux devaient être financés uniquement par l'OPS et a suggéré que l'Organisation envisage à nouveau la possibilité de demander à d'autres entités peut-être la FAO d'assumer une partie des coûts.

138. Le Délégué de l'Argentine a indiqué que malgré le renforcement des capacités nationales qui avait permis d'améliorer nettement la situation, de nouveaux problèmes se présentaient sans cesse en ce domaine faisant qu'il était nécessaire d'avoir un centre comme l'INPPAZ. Autre possibilité, le Gouvernement de l'Argentine a proposé que l'OPS maintienne une unité spécialisée en innocuité alimentaire en Argentine. Cette unité pourrait faire partie de l'Institut national des aliments qui dépend du Ministère de la Santé et de l'Environnement. Son personnel serait composé d'experts internationaux financés par l'OPS qui font déjà partie du personnel de l'INPPAZ et le Ministère fournirait les locaux et le soutien administratif. L'unité fonctionnerait comme un projet multilatéral et multisectoriel visant à renforcer les systèmes d'innocuité alimentaire dans la Région.

139. Plusieurs délégations ont demandé un document détaillé précisant les options sur le plan financier et ressources humaines des diverses options pour l'avenir de l'INPPAZ dont celle proposée par l'Argentine.² Un délégué a remarqué que la question relevait au fond d'une décision opérationnelle de l'OPS de mettre fin à la coopération technique sur le plan de l'innocuité sanitaire par le biais de l'INPPAZ. Le Secrétariat cherchait tout simplement que le Comité lui donne mandat pour exécuter cette décision. Certes, le Comité devait veiller à ce que le personnel de l'INPPAZ reçoive un traitement correct et que l'infrastructure soit cédée selon les besoins mais de tels détails opérationnels n'entrent pas vraiment dans la compétence du Comité dont le rôle est de guider les politiques, stratégies et priorités.

140. Le Président a indiqué que deux questions fondamentales confrontaient le Comité : premièrement, le statut juridique de l'INPPAZ comme centre panaméricain et deuxièmement la question de savoir ce qu'on allait faire avec les fonctions, le personnel,

² Un document expliquant les justifications de la fermeture de l'INPPAZ a été circulé lors de la 136^e Session (Document CE136.INF/8, Add. I, Rev.1). Ce document indique que le Secrétariat de l'OPS soutient l'initiative du Gouvernement de l'Argentine concernant l'ouverture d'un centre national d'excellence en innocuité alimentaire, soutenue par la participation internationale et qui serait situé dans l'*Instituto Nacional de Alimentos*.

les locaux et les services de l'INPPAZ en cas de fermeture de ce centre. Il a demandé au Comité d'envisager la seule question de savoir s'il allait autoriser le Secrétariat à fermer l'INPPAZ en tant que centre panaméricain. Une proposition concernant le second aspect serait envisagée par les Organes directeurs à une date ultérieure.

141. Dr. Etienne a confirmé que l'OPS avait effectué l'étude demandée sur l'INPPAZ du point de vue compétences, ressources et programme de coopération technique. C'est sur cette étude que se fondait la décision de recommander les mesures précisées dans le Document CE136/12. Elle a précisé que l'OPS ne mettait pas fin aux fonctions de l'INPPAZ. Simplement des recommandations étaient faites sur la marche à suivre pour voir comment on pouvait continuer et améliorer le programme d'innocuité alimentaire. La proposition visait à réaffecter l'équipe - qui continuera d'exister et à effectuer ses tâches- dans un autre endroit.

142. Le Directeur a observé qu'une certaine confusion semblait entourer le travail de l'OPS dans le domaine de l'innocuité alimentaire. L'Organisation n'avait pas investi toutes ces ressources sur le plan de l'innocuité alimentaire au sein de l'INPPAZ. Il existait d'autres postes au niveau national et sous-régional qui se consacraient à cette question. L'Organisation collaborait avec maintes autres entités dans le domaine de l'innocuité alimentaire pas seulement avec l'INPPAZ. Le Secrétariat ne cherchait pas à mettre fin au programme de l'innocuité alimentaire mais plutôt à le restructurer pour disposer d'une équipe ou noyau multidisciplinaire qui pouvait intervenir à partir d'un bureau situé dans les locaux de PANAFTOSA. La proposition ne visait pas non plus à étendre le champ d'action de PANAFTOSA ou à lui confier la responsabilité de l'innocuité alimentaire – il s'agissait simplement de situer la fonction d'innocuité alimentaire dans la même place. L'équipe chargée de l'innocuité alimentaire pourrait ensuite utiliser les systèmes statistiques, épidémiologiques, d'information et de communication déjà en place.

143. L'innocuité alimentaire reste au rang des priorités pour l'OPS. L'avant-projet du budget programme pour 2006-2007 comprend un volet intitulé Innocuité alimentaire avec des crédits de \$6,8 millions pour la mise en œuvre du Plan d'action régional pour la coopération technique en matière d'innocuité alimentaire 2006-2007 guidant les travaux futurs de l'Organisation en ce domaine. Ce plan a été approuvé par les États Membres lors des réunions de COPALA et RIMSA en avril 2005.

144. L'OPS négocie depuis une année avec l'Argentine pour trouver la bonne manière de redéfinir la coopération dans le domaine de l'innocuité alimentaire sans l'existence de l'INPPAZ en tant que centre panaméricain. L'INPPAZ a un déficit accumulé de \$2 millions qui augmente chaque jour et il n'était pas correct d'utiliser les ressources de l'Organisation pour le couvrir. Toutes les procédures juridiques étaient couvertes dans l'accord bilatéral original qui a servi à la création de l'INPPAZ mais le Secrétariat avait besoin de l'accord des Organes directeurs avant de pouvoir démanteler l'Institut en tant que centre panaméricain.

145. Concernant la seconde question retenue par le Président, le Comité pouvait bien évidemment prendre des décisions concernant les détails de l'exécution des activités d'innocuité alimentaire de l'Organisation. Mais généralement cela ne relève pas d'une de ses fonctions. Normalement, les Organes directeurs investissent le Secrétariat de missions et de buts et lui donnent un budget pour mener à bien ces tâches mais ils laissent le Secrétariat décider de l'exécution du programme approuvé. Les Organes directeurs n'ont jamais eu pour fonction de décider dans quel endroit et avec quels arrangements institutionnels le programme sera exécuté.

146. Après avoir considéré les assurances données par le Directeur quant au maintien de la fonction liée à l'innocuité alimentaire dans la Région et après avoir revu le Document CE136/INF/8, Add.I, Rev. 1, sur la justification de la fermeture de l'INPPAZ, le Comité a adopté la Résolution CE136.R8 prenant note des nouveaux arrangements concernant CEPIS et CLAP et demandant au Directeur de mettre fin aux fonctions de l'Institut panaméricain pour la Protection alimentaire et la Lutte contre les Zoonoses (INPPAZ). Le Comité a également demandé au Directeur de faire le compte rendu au 46^e Conseil directeur de la planification pour la réorganisation et la simplification des activités de coopération technique dans le domaine de l'innocuité alimentaire pour l'exercice biennal à venir.

Rapport sur la 14^e Réunion interaméricaine, au niveau ministériel, sur la santé et l'agriculture (document CE136/13)

147. Le Dr Albino Belotto (Chef, Unité de santé publique vétérinaire, OPS) a fait le compte rendu de la 14^e Réunion interaméricaine, au niveau ministériel, sur la santé et l'agriculture (RIMSA 14) notant que les débats dans leur intégralité figuraient dans le rapport final de la réunion contenue dans le Document CE136/13. Le rapport final comprend également des récapitulatifs des rapports et des recommandations de deux réunions spécialisées qui se sont tenues immédiatement avant l'ouverture de RIMSA 14 : la 10^e Réunion du Comité hémisphérique pour l'éradication de la maladie aphteuse (COHEFA) et la 4^e Réunion de la Commission panaméricaine d'innocuité alimentaire (COPALA).

148. RIMSA 14 s'est tenue à Mexico du 21 au 22 avril 2005. C'était la plus grande réunion jamais organisée comptant au total 330 participants. La participation du secteur privée n'avait jamais été aussi importante. Vingt deux ministres de la Santé et de l'Agriculture des pays de la Région sont venus assister à la réunion. Les participants sont également venus d'autres régions, notamment pour la première fois un directeur régional d'une autre région de l'OMS, le Pacifique occidental. Le Président du Mexique, l'Honorable Vicente Fox, a pris la parole lors de la séance inaugurale.

149. RIMSA 14 avait pour thème général la promotion de la synergie entre les secteurs de la santé et de l'agriculture et l'utilisation optimale des ressources pour servir les habitants des Amériques et accélérer le développement surtout le développement local.

Le Dr Julio Frenk, Secrétaire de la Santé du Mexique, a pris la parole lors de la première session rappelant les 25 années depuis la déclaration d'Alma-Ata et l'émergence de la stratégie des soins de santé primaires. Il a relevé la nécessité de la collaboration intersectorielle pour atteindre les objectifs de la stratégie. Le Dr Shigeru Omi, Directeur régional de l'OMS pour le Pacifique occidental a décrit les épreuves qu'ont traversé récemment les pays asiatiques après les flambées épidémiques du syndrome respiratoire aigu (SRAS) et la grippe aviaire, insistant également sur le fait que les secteurs de la santé et de l'agriculture doivent collaborer pour mettre en place des mécanismes de prévention et de détection précoce de telles maladies. De nombreux autres orateurs pendant les quatre plénières de la réunion et les trois discussions en panel ont eux-aussi insisté sur la nécessité et les avantages de la collaboration entre les deux secteurs.

150. RIMSA 14 a adopté huit résolutions et une recommandation qui figurent dans le rapport final de la réunion. Les membres ont avalisé un plan d'action pour l'éradication de la maladie aphteuse et un plan d'action pour le Centre de fièvre aphteuse (PANAFTOSA) pendant la période 2006-2007, plan d'action sur l'innocuité alimentaire et une recommandation demandant que soit préparé un plan d'action pour l'élimination de la rage chez les humains.

151. Dr Belotto a conclu cette présentation en émettant plusieurs réflexions générales sur RIMSA. A son avis, vues sous l'angle technique, les réunions ont très bien réussi à encourager un meilleur dialogue et une plus grande coordination entre les secteurs de la santé et de l'agriculture non seulement au niveau régional mais chose plus importante au niveau national. Elles ont également mobilisé un certain nombre d'initiatives qui ont permis d'arriver à des résultats très positifs. Les activités sur l'innocuité alimentaire dans la Région en sont un excellent exemple. Les Amériques sont la seule région dotée d'un forum comme RIMSA. Aussi, doivent-ils servir d'exemple de collaboration intersectorielle efficace pour le reste du monde, exemple d'ailleurs faisant l'admiration de tous si on ne juge d'après les commentaires faits par les participants de l'Europe, de l'Asie et de l'Afrique tout au long de la réunion.

152. Le Comité exécutif a convenu que RIMSA était un excellent forum pour encourager la coordination entre les secteurs de la santé et de l'agriculture et c'est un modèle pour forger des relations avec d'autres secteurs. Les Membres ont mis en relief l'importance capitale d'une telle collaboration intersectorielle et de la planification conjointe pour lutter contre la grippe aviaire et faire face aux éventuelles flambées de cas. On a également souligné l'importance de la synergie entre les secteurs de la santé et de l'agriculture dans le domaine de l'innocuité alimentaire.

153. Le Délégué de l'Argentine, s'exprimant en tant que Président de la 4^e Réunion de la COPAIA, a attiré l'attention sur plusieurs points qui avaient été relevés par les participants aussi bien lors de RIMSA que des réunions de COPAIA concernant l'innocuité alimentaire, surtout son importance cruciale pour les industries de production alimentaire et de tourisme qui étaient les principales sources de revenus pour de

nombreux pays dans la Région. Les participants ont également indiqué qu'il fallait des ressources suffisantes non seulement pour vérifier la mise en place d'interventions nécessaires tout au long de la chaîne de production alimentaire mais également pour fournir une formation à tous ceux qui participent à la production et à la manutention alimentaires. On a fait ressortir la nécessité de mettre en place des normes et pratiques harmonisées pour l'innocuité alimentaire. Les participants pensaient également que le public devait assumer un rôle plus important dans tous les aspects de l'innocuité alimentaire et que les consommateurs ne devaient pas seulement intervenir à la fin de la procédure de production.

154. La Déléguée des États-Unis était d'accord pour dire que RIMSA était un forum utile pour discuter de l'intersection entre la santé et l'agriculture et a remercié le Mexique d'être l'hôte de la réunion et pour son hospitalité envers les participants. Toutefois d'après sa délégation, bien des problèmes de logistique s'étaient présentés du fait que la Réunion ne s'était pas tenue au Siège de l'OPS notamment pour la traduction et la distribution des documents. Sa délégation était également déçue du manque de temps pour la discussion générale des présentations du panel, du manque de temps pour que les délégués puissent revoir les avant-projets de résolutions, de l'utilisation excessive des résolutions comme forme de compte rendu des délibérations de la réunion. En outre, les participants n'avaient que peu voire aucune documentation pour certains points de l'ordre du jour. Les États-Unis pensaient que les futures réunions de RIMSA devaient être divisées en deux parties : une réunion où on envisagerait les questions exigeant une éventuelle intervention de la part des États Membres et une autre partie qui serait une discussion avec des présentations en panel et un débat de deux ou trois thèmes d'intérêt général. Ce ne serait que dans la première partie que des résolutions pourraient être formulées et uniquement si c'est nécessaire. Le contenu et les conclusions des discussions de panel devraient être récapitulés dans le rapport de la réunion et non pas dans une résolution car une résolution consiste à investir l'Organisation bien définie.

155. Enfin, les États-Unis ont été bien étonnés de voir approuver par RIMSA une recommandation concernant les Réglementations internationales de santé (IHR) et s'étaient désengagés de cette recommandation. Une telle action était inappropriée et avait un effet négatif sur les négociations IRH surtout au vu du fait que la recommandation concernait un texte qui avait déjà été discuté et accepté par les États Membres de l'OMS. Elle a demandé au Secrétariat de donner au Comité exécutif son avis juridique quant au statut de la recommandation ainsi qu'une explication quant aux raisons pour lesquelles aucun conseil n'avait été donné aux participants concernant la légalité de l'instrument.

156. Le Délégué du Canada a indiqué que sa délégation approuvait pleinement le paragraphe 3 de la Résolution RIMSA 14.R4 qui demandait aux organisations internationales responsables de la santé animale et humaine de coordonner leurs missions et de mettre en commun les ressources. Notant que le Canada s'était montré préoccupé à plusieurs occasions quant au financement de l'OPS pour PANAFTOSA, qui ne se

concentrait pas en premier lieu sur la santé humaine, il a demandé si le Secrétariat se penchait effectivement sur la possibilité de partage de coûts pour les activités du Centre avec des organisations qui se concentraient davantage sur la santé animale telle que l'Organisation mondiale de santé animale (OIE), l'Institut interaméricain pour la coopération en agriculture (IICA) et l'Organisation pour l'alimentation et l'agriculture (FAO) des Nations Unies.

157. Le Représentant de l'IICA a souligné que son organisation était prête à continuer de travailler en coordination avec l'OPS pour atteindre des buts communs. Il a ajouté que l'IICA avait noté avec satisfaction le thème de RIMSA 14 sur la santé et le développement rural car tant que les systèmes de production agricole n'arriveraient pas à produire des alimentaires sains il serait difficile de mettre fin au cercle vicieux de la pauvreté et de la maladie. Faisant référence à une discussion antérieure sur le rapport du Sous-Comité de la Femme, de la Santé et du Développement, il a indiqué que pour l'IICA les femmes représentaient l'une des grandes forces stratégiques pour faire avancer le développement rural.

158. En réponse aux questions sur PANAFITOSA, le Dr Belotto a signalé qu'un tiers des dépenses de fonctionnement du Centre étaient prises en charge par le Gouvernement du Brésil, pays hôte, par l'intermédiaire du Ministère de l'Agriculture. On note en plus qu'au fil des ans le secteur privé a assumé de plus en plus la responsabilité financière puisque c'est le principal bénéficiaire des activités du Centre. Parallèlement, la proportion du financement de l'OPS a baissé. Normalement cette tendance devrait se maintenir. Par exemple, le plan pour l'éradication de la fièvre aphteuse avalisé par RIMSA 14 sera financé presque entièrement par le secteur privé. Il a souligné d'ailleurs que si le Centre s'est occupé essentiellement de la fièvre aphteuse, ces travaux n'en ont pas moins bénéficié à la santé humaine tout au long de ces années surtout du point de vue méthodologies pour la surveillance épidémiologique, la formation et une coordination plus étroite entre les communautés de santé vétérinaire et santé publique. Tel que l'a noté le Comité, la coordination est d'importance capitale pour relever les nouveaux défis des zoonoses pour la santé humaine. Par ailleurs, à la recommandation d'un panel de spécialistes réuni par l'ancien Directeur de l'OPS Sir George Alleyne, PANAFITOSA a étendu son champ d'action et se concentre à présent davantage sur les zoonoses importantes pour la santé publique.

159. Concernant la collaboration avec d'autres organisations, l'OPS a conclu des accords de coopération ou des partenariats stratégiques avec pratiquement toutes les organisations agricoles qui interviennent dans la Région. Par exemple, l'Organisation avec la FAO fait fonction de secrétariat pour le Réseau interaméricain des Laboratoires d'analyse alimentaire. Et tel que l'a indiqué le Représentant de l'IICA, les deux organisations avaient des activités conjointes dans un certain nombre de domaines dont la formation, l'analyse de risques et l'innocuité alimentaire. L'OPS sait pourtant qu'on peut

encore améliorer la coordination interorganisations surtout en ce qui concerne le financement et le partage de coûts.

160. Répondant aux commentaires des États-Unis, il a reconnu qu'il est certain que des problèmes de logistique se présentent parfois lorsqu'on organise des réunions dans des endroits autres que le Siège de l'Organisation mais cela comporte également bien des avantages. Les réunions organisées dans d'autres endroits de la Région ont tendance à attirer un plus grand nombre de personnes et un groupe plus diversifié. Quant aux problèmes de documents, il a expliqué que certains orateurs n'avaient pas présenté leurs documents ou les avaient présentés très tard et il était devenu impossible pour le Secrétariat de les faire traduire et de les circuler à l'avance. Quant aux suggestions concernant le déroulement ou la forme de la réunion, le Secrétariat reconnaissait que des changements devaient être faits et il était en train d'étudier les diverses options. L'idée de répartir la réunion en deux parties était judicieuse. Cela rendrait la partie de discussion en panel moins formelle et donnerait plus de temps aux discussions et échange entre tous les participants.

161. Le Directeur a observé que RIMSA avait évolué dans deux directions différentes en même temps. De plus en plus il servait de forum au dialogue entre diverses parties concernées dans les secteurs de la santé et de l'agriculture. Par ailleurs, au sein de l'OPS, il était traité de plus en plus comme un quasi organe directeur. Et pourtant RIMSA n'est pas et n'a d'ailleurs jamais eu l'intention d'être un Organe directeur. Aussi, le Secrétariat n'avait-il que peu de poids pour imposer des dates limites pour la présentation des documents, surtout quand les auteurs d'un grand de ces documents sont des ministres de la santé ou de l'agriculture et non pas des membres du personnel de l'OPS pas plus d'ailleurs que le Secrétariat ne pouvait contrôler ce qui s'était passé lors des réunions. Dans le cas des recommandations concernant les Réglementations internationales de la Santé, elle convenait que le moment était effectivement mal choisi et que c'était inappropriée et a fait savoir d'ailleurs qu'à sa demande, le Directeur général de l'OIE avait fait parvenir ses excuses par écrit à l'OMS et à l'OPS pour avoir soulevé la question en dehors des négociations officielles IRH.

162. Tel que l'avait mentionné le Dr Belotto, le Secrétariat étudiait les diverses manières de rendre RIMSA plus ouvert et plus participatif en séparant les discussions techniques du segment ministériel qui était d'ailleurs le seul qui devrait conclure par des recommandations et résolutions qui seraient ensuite présentées aux Organes directeurs de l'OPS. Elle serait heureuse de recevoir des indications des Membres à ce propos.

163. Réitérant les commentaires du Dr Belotto sur les travaux de PANAFITOSA, elle a souligné que les efforts d'éradication de la fièvre aphteuse, à part ses avantages économiques pour un grand nombre de pays de la Région avaient fait avancer le développement des systèmes de surveillance, la mise au point des techniques de surveillance et de laboratoire et avait rapporté de nombreux autres avantages pour la santé publique. De plus ils avaient préparé le terrain aidant à mobiliser des ressources

pour les activités de lutte contre les maladies imputables aux zoonoses telles que la brucellose et la tuberculose bovine.

164. Répondant aux commentaires concernant la planification en vue de faire face à une éventuelle flambée de cas de grippe aviaire, le Directeur adjoint a indiqué que l'OPS avait organisé en avril 2005 une réunion interprogrammatique avec des responsables de l'OMS sur ce sujet. Suite à cette réunion, le Secrétariat avait préparé un plan d'urgence pour vérifier l'état des préparations aussi le sien que celui des États Membres en cas de flambées épidémiques. Un avant-projet de ce plan devrait être prêt en principe en juillet. Le Directeur a ajouté que le Secrétariat avait l'intention d'organiser une séance d'informations techniques sur la grippe aviaire pendant le 46^e Conseil directeur et que l'avant-projet du plan serait présenté au Comité exécutif de suite après, lors de sa 137^e session.

165. Le Dr Jiménez (responsable, Affaires juridiques, OPS) a répondu à la demande concernant le statut de la recommandation RIMSA sur les Réglementations sanitaires internationales. Elle a expliqué qu'une recommandation de toute entité autre qu'un organe directeur de l'OPS resterait tout bonnement une recommandation rien de plus. Aucun caractère obligatoire n'y était attaché. Le Comité exécutif était libre de prendre toute décision qu'il souhaitait à propos d'une telle recommandation.

166. Le Comité exécutif n'a pris aucune action à ce sujet.

Mise à jour du processus de changement institutionnel au sein du Bureau sanitaire panaméricain (document CE136/14)

167. Le Directeur a introduit ce point de l'ordre du jour. D'abord elle a parlé de deux processus parallèles de changement survenant dans l'organisation : le processus à long terme de l'OPS au 21^e siècle sous la direction des pays et le processus de changement institutionnel mis en œuvre par le Secrétariat et visant à équiper le Secrétariat pour qu'il mette en œuvre le Plan stratégique pour la période 2003-2007 et réponde aux attentes des États Membres. Les deux processus étaient reliés entre eux puisque celui du changement institutionnel devait également préparer le Secrétariat à répondre aux recommandations du Groupe de travail sur l'OPS au 21^e siècle qui devaient normalement être présentées en septembre.

168. Le processus de changement institutionnel au sein du Secrétariat comprend trois volets liés entre eux : actions pour le développement, initiatives de transformation et mise de réseaux internes. Les actions de développement visent à renforcer la capacité institutionnelle, à améliorer les capacités de gestion, à simplifier et à moderniser les processus et les procédures et en général à accroître l'efficacité de l'OPS dans un contexte sans cesse changeant de la santé publique. Le Secrétariat avait fait appel à un certain nombre de mécanismes différents pour cerner les changements organisationnels qui s'avèrent nécessaires dont le Groupe de travail sur l'OPS au 21^e siècle, le dialogue

avec les Organes directeurs, la consultation avec l'OMS et d'autres agences du système des Nations Unies et des groupes de travail internes, des consultations et des enquêtes. Un grand pas en avant avait été fait dans plusieurs domaines importants notamment la coopération technique axée sur les pays, la sensibilisation et les partenariats, l'efficacité et la maximisation des ressources, la transparence et la gouvernance ainsi que les politiques et les procédures. Le Document CE136/14 récapitule les activités entreprises dans chacun de ces domaines.

169. Pour les initiatives de transformation, le Secrétariat avait mis au point une carte routière de transformation institutionnelle pour la période 2005-2007 avec 11 initiatives jugées essentielles pour arriver aux objectifs souhaités et faciliter la participation du personnel à cette transformation. En effet cet engagement du personnel était impératif pour donner à ce dernier un sens d'appartenance face à ce processus de changement. Les 11 initiatives devaient renforcer et rehausser le travail du Secrétariat et lui permettre de mieux répondre aux besoins des États Membres. Certaines initiatives correspondaient à des demandes ou aspects spécifiques par exemple les recommandations de l'Auditeur externe. D'autres ciblaient des domaines de l'Organisation demandant à être renforcés par exemple la communication interne et externe. Huit des initiatives de transformation demanderont que soient mobilisées des ressources extrabudgétaires. Tel est le cas pour l'initiative de communication externe pour laquelle devront être des études de marketing et autres activités qui dépassent les capacités du Secrétariat. Pour d'autres initiatives, on utilisera les ressources déjà planifiées pour les activités régulières du Secrétariat.

170. Les réseaux de pairs constituent la troisième composante du processus de transformation, Ces réseaux sont des mécanismes de première importance pour encourager la participation de tous les membres de l'Organisation au processus de changement y compris les États Membres, le personnel et les partenaires. Il s'agit non seulement de tous les réseaux internes du personnel de l'OPS à divers niveaux, mais aussi d'autres réseaux dont fait partie l'OMS, par exemples les réunions interministérielles des ministères de la santé de la Région, le groupe d'examen de la mise en œuvre des recommandations du Sommet responsable de veiller à la bonne application des Sommets des Amériques et les groupes des directeurs régionaux de l'OMS e le système entier des Nations Unies.

171. C'est le dynamisme des forces travaillant en harmonie de ces trois rouages qui suscitera, à l'avis du Secrétariat, un changement institutionnel significatif dans le court terme en utilisant les propres ressources de l'Organisation. L'OPS contrairement à d'autres organismes des Nations Unies ne dispose pas de ressources supplémentaires pour son processus de transformation. L'Organisation doit puiser dans ses économies et demander à son personnel un surcroît d'effort pour mener à bien les tâches entrant dans les initiatives de transformation.

172. Le Comité exécutif a félicité le Secrétariat pour sa quête d'une plus grande efficacité, efficience, responsabilisation et transparence et a donné son appui aux cinq objectifs institutionnels accompagnant le changement dont traite le Document CE136/14. Les membres étaient satisfaits des révisions portées au document depuis sa présentation au SPP mais auraient aimé plus de détails sur la carte routière. Ils espéraient qu'un document sur la carte routière serait distribué aux pays membres aux fins d'examen avant le Conseil directeur. Les Délégués ont insisté sur le fait que le document devait indiquer comme le Secrétariat propose de mesurer si les objectifs des diverses initiatives ont été atteints avec des jalons qui montrent les progrès faits.

173. Les Membres pensaient également que le Document devait montrer plus clairement les liens entre le processus de changement institutionnel et le Plan stratégique de 2003-2007 puisque l'un des objectifs du changement en cours était justement de doter le Secrétariat des caractéristiques nécessaires pour mettre en œuvre le Plan stratégique. Celui-ci présentait les questions et les défis sur lesquels devrait se concentrer le Secrétariat pendant la période 2003-2004 d'après les États Membres mais il est difficile de voir des liens clairs entre les activités décrites dans le document et ces questions et défis. En plus, le document ne trace pas clairement et de manière succincte la voie à suivre pas plus qu'il n'indique les résultats escomptés par ce processus et leur contribution aux buts de santé publique de la Région ou aux intérêts des États Membres. Il serait bon que le Secrétariat révise le document pour le Conseil directeur et le rendre plus compréhensif et plus transparent. On a notamment demandé au Secrétariat d'inclure dans la prochaine version un tableau qui relie directement les objectifs du changement au Plan stratégique.

174. Le Comité a insisté sur le fait qu'il fallait relier les divers processus de changement en cours aussi bien entre eux qu'au budget-programme de l'Organisation et sa planification stratégique pour la prochaine période. Les Membres pensaient également qu'il serait utile d'avoir des informations supplémentaires sur le budget pour la transformation institutionnelle elle-même en répartissant les montants nécessaires pour chacune des initiatives de la carte routière.

175. Le Directeur a demandé aux délégués de présenter leurs commentaires et suggestions par écrit pour qu'elle puisse préparer le document qui sera présenté au Conseil directeur en septembre. A ce moment là elle fera également état des progrès à mi-parcours de la mise en œuvre du Plan stratégique. A son avis, le compte rendu qu'elle ferait à ce moment là indiquera plus clairement la convergence entre le Plan et les activités que le Secrétariat a entreprises lors de deux années précédentes. Elle a noté par ailleurs que certaines activités répondaient à des événements qui sont survenus après que le Plan stratégique a été approuvé. Elle pensait notamment à l'adoption en 2003 de la Politique régionale du Budget-Programme qui a modifié entièrement la manière dont le Secrétariat aborde la mise en œuvre du Plan stratégique. L'approche à la programmation

et à la budgétisation connaît la même transformation tel qu'en témoigne la proposition du budget-programme de 2006-2007.

176. L'examen de l'Auditeur externe a également marqué de son sceau un nouveau programme de travail dont on a dû tenir compte dans les changements déjà en cours. Ces activités ont également occasionné de nouvelles dépenses que le Secrétariat a dû couvrir avec les ressources internes. De même, les activités du Groupe de travail pour l'OPS au 21^e siècle devaient être financées entièrement à partir du budget ordinaire de l'Organisation, aucune ressource spéciale n'étant prévue pour couvrir les coûts associés au travail du Groupe. Aussi une grande partie du travail du Secrétariat depuis 2003 consistait-il à faire des économies pour répondre à ces nouvelles missions sans paralyser l'Organisation ni interrompre son travail pour atteindre des objectifs importants de la santé publique tel que le maintien de l'éradication de la poliomyélite, l'élimination de la rougeole et l'assistance à tous les pays de la région pour qu'ils puissent atteindre les objectifs du Millénaire pour le Développement. Elle était fière de pouvoir dire que ces efforts ont été couronnés de succès.

177. Suite à la discussion de ce point de l'ordre du jour, le Comité exécutif a adopté la Résolution CE136.R3 qui comprend des stipulations se rapportant aux rapports sur les recommandations du Groupe de travail de l'OPS au 21^e siècle, les recommandations de l'Auditeur externe et les activités des Services de supervision interne.

Rapport d'activité sur l'Initiative mondiale pour la sécurité du sang et plan d'action pour 2005-2010 (document CE136/15)

178. Dr. José Ramiro Cruz-López (Conseiller régional pour les services de laboratoire et de sang, OPS) a fait le point de l'initiative sur la sécurité du sang dans la Région et a présenté les grandes lignes du plan d'action pour 2005-2010. Il a commencé par récapituler les résolutions afférentes à la question de la sécurité du sang, notant que le Document CE136/15 avait été préparé en avril 2005 avant que l'Assemblée mondiale de la Santé n'adopte la résolution WHA58.13 sur les principes de sécurité et de disponibilité du sang. Il a ensuite revu les résultats prévus du Plan d'action régional pour 2000-2004 et a récapitulé les objectifs qui avaient été atteints notant que le but du dépistage universel des dons de sang dans les Amériques n'avait pas pu être atteint malgré les améliorations dans la couverture des tests pour les marqueurs des infections transmises par transfusion (ITT). En 2003, la proportion d'unités soumis au dépistage se situait dans la fourchette de 99,93% pour le VIH à 88,09% pour *T. cruzi*. Seuls 19 pays et territoires ont fait un dépistage de toutes les unités de sang prélevé pour tous les marqueurs demandés.

179. En ce qui concerne l'évaluation externe de la performance, sur la période de quatre ans, 16 des 19 pays de l'Amérique latine avaient mis en place des programmes nationaux d'évaluation externe calqués sur le Programme régional de l'Evaluation externe de la performance mis au point par l'OPS. La proportion de banques de sang participant à ces programmes est passée de 24% en 2000 à 53% en 2003 : le but de 100%

n'avait donc pas été atteint. En ce qui concerne les dons de sang volontaires, la fourniture de sang de ces donateurs volontaires et non payés a augmenté passant de 15% des unités prélevées en Amérique latine et aux Caraïbes en 2000 à 36% en 2003. Seuls dix pays avaient atteint le but de 50%.

180. En ce qui concerne le risque d'infection transmise par transfusion, en 2003, le risque de recevoir une transfusion contaminée soit par le VIH, le virus de l'hépatite B (HBV) ou le virus de l'hépatite C (HCV) était de 1 sur 41 858. Le risque de *T. cruzi* était de 1 sur 3 340 ce qui est extrêmement élevé. Une étude faite par l'OPS auprès de 3 501 patients transfusés dans neuf pays constate que 2% étaient positifs pour le VIH, 14% pour le virus de l'hépatite B et 24% pour le virus de l'hépatite C. Le taux d'infection était de 63% pour les hémophiliques.

181. Aussi, si des progrès ont été faits, il n'en reste pas moins que la situation doit encore être améliorée pour arriver à une réserve de sang non contaminée dans la Région. Il faut chercher à augmenter la disponibilité de sang qui varie grandement d'un pays à l'autre dans la Région : de 0,76 pour 1000 personnes à 53 pour 1000 à Cuba.

182. L'OPS a réuni la première Conférence panaméricaine sur la sécurité du sang en février 2003 pour faire le point de la situation et se donner des plans d'avenir. Tenue au Siège de l'OPS, la conférence réunissait des directeurs de programmes nationaux de dons de sang et de banques de sang de l'Amérique latine et des Caraïbes, des partenaires techniques et du personnel de terrain de l'OPS. Lors de cette conférence, un nouveau plan d'action a été dressé pour 2004-2010 dont l'objet est de réduire la mortalité et d'améliorer les soins des patients en Amérique latine et aux Caraïbes grâce à un sang sans risque disponible à temps pour les transfusions de patients qui en ont besoin.

183. Le plan compte cinq objectifs spécifiques : 1) vérifier un prélèvement et une préparation adéquate des composants du sang en quantité suffisante pour traiter les patients qui ont besoin d'une transfusion de sang ; 2) assurer l'accès à temps aux composants de sang pour les patients qui ont besoin d'une transfusion de sang ; 3) assurer le niveau le plus élevé de sécurité des produits de sang pour éviter la transmission des maladies infectieuses et autres effets indésirables associés aux transfusions ; 4) promouvoir l'utilisation clinique adéquate du sang ; 5) améliorer l'efficacité des ressources nationales. On a également formulé un ensemble de stratégies pour atteindre ces objectifs et des indicateurs pour suivre les progrès. Le Document CE136/15 décrit les stratégies et les indicateurs.

184. Le budget pour l'initiative régionale de sécurité du sang s'élève à 5,74 millions d'après les estimations pour la période 2005-2010. L'OPS a déjà obtenu un don du Gouvernement de l'Espagne de l'ordre de 226 000 euros et un don du Plan d'urgence du Président des États-Unis pour les secours en matière de SIDA (PEPFAR) pour Haïti s'élevant à 200 000\$ par année pour la période de cinq ans. Des négociations sont en cours pour obtenir un financement d'autres bailleurs de fonds.

185. Dans la discussion qui a suivi, les Membres ont appuyé le plan d'action jugeant qu'il regroupait effectivement tous les éléments nécessaires pour un don de sang sans risque et en quantité suffisante. Ils ont également soutenu l'adoption d'une résolution pour encourager la mise en œuvre du plan. Le Délégué du Canada a indiqué que sa délégation avait des commentaires et des suggestions sur le document qu'il ferait par écrit. Le Canada pensait notamment qu'il fallait mettre au clair certains indicateurs proposés et les formuler de manière plus spécifique pour éviter toute interprétation erronée et par ailleurs d'autres indicateurs seraient utiles pour mesurer les progrès au niveau de la mise en place de systèmes nationaux de réseaux de sang. Le délégué de Cuba a proposé un autre indicateur : l'observance par de la journée nationale des donneurs de sang par 100% des pays des Amériques. Il a également proposé de changer le nom et de l'appeler la journée mondiale des donneurs de sang volontaires pour encourager les dons volontaires.

186. Plusieurs délégués ont décrit le système utilisé dans leur pays pour gérer les dons de santé ainsi que les dispositions juridiques afférentes. Certains ont fait état des objectifs stipulés dans le plan régional qui avaient déjà atteints et ceux qu'il fallait encore atteindre et ont également mentionnés les plans de leur gouvernement pour combler ces lacunes. On a remarqué que pour les professionnels de la santé de certains pays, le sang était davantage un bien de valeur économique élevé plutôt qu'un bien de santé publique. Une telle optique incite à l'achat et à la vente de sang et décourage les dons volontaires. L'OPS devait aider à changer ces attitudes et à promouvoir les dons de sang gratuits.

187. L'OPS devrait également aider les pays à faire des évaluations de besoins pour la mise en place d'un système national de réseaux de sang. On a recommandé que l'Organisation aide les États Membres à rendre les réseaux opérationnels pour les systèmes nationaux de dons de sang et de laisser aux ministères de la santé la responsabilité de la gestion des systèmes. Autre rôle utile pour l'OPS : devenir un centre de communication et d'informations sur les «meilleures pratiques», données et informations sur la sécurité et la disponibilité du sang.

188. Se rapportant aux statistiques sur la variation de la séropositivité-VIH parmi les donneurs payés et non payés, présentées par le Dr. Cruz-López, le Délégué de la Jamaïque a demandé si les données avaient été corrigées pour tenir compte de la prévalence de la population. Il a également signalé certains obstacles culturels au don de sang volontaire, notant la grande crainte des aiguilles dans son pays. Un autre délégué d'accord pour dire que les dons de sang volontaires et altruistes étaient préférables a indiqué que son pays autorisait les dons payés sous strict contrôle et après test obligatoire pour dépister les maladies infectieuses.

189. Le Dr Cruz-López a remercié les délégués. Il propose le changement culturel suivant dans la Région : donner l'idée que les banques de sang sont effectivement des usines qui fabriquent une fourniture médicale essentielle et en tant que tel, elles ont besoin de règles très strictes de garantie et de qualité.

190. Le rôle d'un système national de sang consiste notamment à faire une évaluation des besoins. L'OPS était en train d'évaluer un instrument pour déterminer les besoins nationaux en matière de santé, essai auxquels l'Argentine et le Honduras. Une fois qu'on connaîtra le nombre d'unités de sang nécessaires et partant le nombre de donateurs devant être recrutés, l'étape suivante consiste à dépister les populations à faible risque dans lesquelles il serait préférable de choisir les donateurs. L'OPS apportait une assistance pour analyser et identifier ces populations à faible risque. Le Délégué de la Jamaïque avait raison quand il disait que nombreux sont les mythes et les craintes qui animent l'idée du don de sang. Il faut contrecarrer ces conceptions erronées et passer de l'idée du don de remplacement au don volontaire. Et surtout il est capital de donner aux donateurs le sentiment qu'ils tendaient la main à autrui et l'aider à regagner sa santé.

191. Répondant à la question sur le calcul de la séropositivité concernant les divers marqueurs, il a expliqué que les pays ont renvoyé à l'OPS un formulaire standardisé notant le nombre de donateurs éventuels qui s'étaient rendu auprès du système national de sang, le nombre d'entre eux qui a été refusé, combien ont été renvoyés temporairement et combien ont eu des tests positifs pour les divers marqueurs. Ensuite on a fait le calcul en fonction de ces données, établissant une distinction entre les pays avec un taux de don volontaire au-dessus ou en dessous de 50%.

192. En bref, il a indiqué que la Région arrivait à changer la culture de son système de santé et à encourager davantage les dons volontaires et l'utilisation correcte du sang, bien des problèmes mentionnés par le Comité seraient automatiquement résolus.

193. Le Comité a adopté la Résolution CE136.R6 sur ce point de l'ordre du jour.

Le paludisme et les Objectifs du Millénaire pour le Développement (document CE136/16)

194. Dr Keith Carter (Epidémiologiste, Prévention et contrôle des maladies, OPS) a tracé l'histoire de la lutte contre le paludisme et a décrit la situation actuelle dans les Amériques. La transmission du paludisme a touché l'ensemble de la Région au début du 20^e siècle et face à cette maladie infectieuse à prévalence élevée une résolution a été adoptée lors de la Seconde conférence internationale des Etats d'Amérique en janvier 1902 recommandant « une convention générale des Représentants des Organisations de santé des différentes républiques américaines. » Cette convention allait devenir le prédécesseur de l'Organisation panaméricaine de la Santé. Les premiers efforts de lutte ont cherché à éradiquer la maladie en éliminant le moustique qui en est le vecteur moustique et en 1948 un grand pas en avant était franchi puisqu'on avait réussi en utilisant le DDT à mettre fin à la transmission dans certaines régions. En 1992, la stratégie mondiale de lutte contre le paludisme partait dans une nouvelle direction de l'éradication à la lutte contre la maladie. L'Initiative Faire Reculer le Paludisme démarrée en 1998 s'est donnée pour objectif de réduire de moitié la charge du paludisme d'ici 2010. La Déclaration des Nations Unies pour le Millénaire adoptée deux années

plus tard se donne également pour l'un des ces objectifs de développement la réduction des cas de paludisme d'ici 2015. Ces objectifs mondiaux guident les efforts de lutte contre cette maladie dans les Amériques.

195. Actuellement, 303 millions des 859 millions d'habitants de la Région vivent dans des régions exposées au risque écologique de transmission du paludisme. La composition du chiffre est la suivante : 226 millions dans des régions à faible ou risque extrêmement faible, 45 millions à risque modéré et 32 millions dans des régions à risque élevé. Depuis l'introduction de l'Initiative Faire Reculer le Paludisme en 1998, on note une réduction de 30% des cas dans l'ensemble, bien que la diminution dans les zones à risque modéré et élevé n'a été que de 12%. On enregistre également une baisse de 73% dans les décès imputables au paludisme et dix pays connaissent d'ailleurs une baisse supérieure à 50%. Par contre, cinq pays ont enregistré des baisses de moins de 50% alors que d'autres voient augmenter leur taux de la maladie (Colombie, Equateur, Guyane française, Panama, Surinam et Venezuela). La sous-estimation de cette maladie est chose fort probable vu la faiblesse des services de santé.

196. Les défis qui se présentent actuellement sur le plan de la lutte contre cette maladie dans la Région consistent à protéger les progrès déjà faits et surtout à éviter la réémergence de la transmission dans les régions où elle a été interrompue. Il fallait redoubler d'efforts dans les cinq pays où les réductions de cas restaient inférieures à 50% et les six où les cas avaient augmenté tout en veillant au problème de l'émergence ou réémergence de la maladie tel que la résistance confirmée de *Plasmodium falciparum* au médicament et peut-être également *P. vivax*, en vérifiant l'observance du traitement pour les cas de *P. vivax*, l'amélioration de la prévention de la transmission dans les régions à endémicité et la réduction de la disparité et de l'inégalité des résultats surtout dans les régions de certains pays où la maladie est très endémique.

197. Mains obstacles se présentent dans la lutte contre le paludisme : conditions écologiques très différentes et aspects relevant du diagnostic et du traitement, par exemple expansion des réseaux de laboratoire, résistance aux médicaments, coût élevé de l'association médicamenteuse pour le traitement et observance du traitement. D'autres facteurs se rapportent davantage aux système de santé (inaccessibilité des interventions pour les groupes plus pauvres et les migrants, restructuration des services de prestation et de financement suite à la décentralisation et à la réforme du secteur de la santé) ou encore questions de capacité technique et de gestion (perte du personnel formé en matière de paludisme, utilisation efficace des finances disponibles) ou aux activités de communication et de coordination (déficiences des échanges d'information systématique et du partage de connaissances d'où un manque d'information pour les groupes vulnérables de la population).

198. Les Objectifs du Millénaire pour le Développement ne pourront être atteints que si on renforce les systèmes de surveillance et si les pays savent mettre en place une réponse rapide aussi bien dans les endroits où la transmission a été interrompue que pour

étendre dans d'autres endroits la Stratégie mondiale de lutte contre le paludisme et l'Initiative Faire Reculer le Paludisme. Il faudra également renforcer l'infrastructure du programme et améliorer la coordination des mesures régionales et la coopération technique.

199. Une résolution concernant le paludisme a été adoptée lors de l'Assemblée mondiale de la Santé qui s'est tenue récemment mais elle se concentre essentiellement sur l'Afrique. Le Comité exécutif est prié d'envisager l'adoption d'une résolution qui traiterait plus spécifiquement des défis que pose le paludisme dans les Amériques et qui renforcerait l'engagement de la Région pour combattre le paludisme afin d'atteindre les buts de l'Initiative Faire Reculer le Paludisme et la Déclaration du Millénaire. Le Dr Carter a conclu sa présentation en priant les pays de continuer à notifier régulièrement les statistiques au Secrétariat car sans ces données, il sera impossible de faire une évaluation fiable de la situation du paludisme dans la Région.

200. Le Comité exécutif a soutenu pleinement l'idée de déployer les activités de prévention et de contrôle du paludisme sur le front multisectoriel. D'après les membres, il était également important d'engager les entités responsables de l'approvisionnement en eau et de l'évacuation des déchets pour éliminer les sites où se reproduisent les moustiques ainsi que le secteur de l'éducation afin de pouvoir sensibiliser le public surtout les enfants à la prévention du paludisme. Il s'agissait également de mobiliser le secteur agricole d'autant plus que l'OMS encourage les pays à cultiver *Artemisia annua* pour augmenter l'offre d'artémisine et faire baisser les prix élevés des médicaments à base d'artémisinine. Les délégués ont également cité l'importance de la participation communautaire car il est impensable autrement de songer à contrôler et à éliminer par la suite le paludisme.

201. Les associations médicamenteuses à base d'artémisine à dose fixe s'avèrent vraiment nécessaires. On a reconnu que les médicaments étaient chers mais ils sont également essentiels pour traiter les souches de Plasmodium résistantes aux médicaments. Les associations à dose fixe permettent de simplifier les protocoles de traitement, améliorent l'observance de la part du patient, facilitent la mise en œuvre des programmes internationaux et préviennent le développement de la résistance aux médicaments. Les Membres pensaient néanmoins qu'il était important pour le Secrétariat et les États Membres de discuter des questions de réglementation et de contrôle de qualité associée à la formulation de formules médicamenteuses à dose fixe. Les délégués ont également parlé du grave problème des médicaments falsifiés surtout dans le contexte de la transition aux associations de médicaments indiquant que ce qui semble à première une résistance aux médicaments pourrait tout simplement le résultat de la prise de médicaments n'ayant aucun agent actif. L'assistance pour avoir des diagnostics rapides et étudier leur efficacité dans des situations où les laboratoires ne sont pas toujours disponibles a été comme un autre rôle important pour l'OPS.

202. Le Comité a souligné l'importance de continuer la vigilance dans des pays qui ont été certifiés comme ayant éliminé le paludisme afin de se protéger et d'éviter la réintroduction de la maladie. On a également souligné que les professionnels de ces pays devaient recevoir une formation qui leur permette de dépister et de prendre en charge les cas importés.

203. Les délégués ont fait ressortir le lien entre la pauvreté et le paludisme et la stimulation qu'apporte une bonne lutte contre cette maladie au développement économique et à la stabilité politique dans les pays où le paludisme est endémique. On a pleinement appuyé l'OPS dans son utilisation des synergies entre les programmes de santé et l'engagement du secteur privé, partenaire de premier plan dans les efforts de lutte contre le paludisme et d'autres maladies transmissibles.

204. Plusieurs délégués ont indiqué que les régions frontalières connaissent la prévalence la plus élevée de paludisme. Divers facteurs ont été avancés pour l'expliquer : la pauvreté relative d'un grand nombre des régions frontalières, l'éloignement des services de santé et le fait que c'est dans ces régions que la maladie avait été introduite par des immigrants de pays à endémicité. On a proposé que l'OPS fasse des analyses plus poussées du paludisme qui se présente dans les régions frontalières afin de pouvoir mettre en place des stratégies efficaces de lutte contre cette maladie adaptées aux conditions de ces régions.

205. Dans certains pays, le changement climatique semble avoir un effet sur la prévalence du paludisme. On a suggéré d'étudier les données disponibles sur les précipitations et les températures dans les pays les plus touchés par le paludisme pour déterminer l'éventuel effet que peuvent avoir des changements à ce niveau. Il fallait également étudier la rapidité avec laquelle les moustiques s'adaptent aux conditions changeantes de leur environnement.

206. Certains délégués ont également fait référence aux activités de prévention et de lutte contre la dengue. Dans certains pays, la lutte est menée parallèlement sur ces deux fronts alors que dans d'autres les approches étaient séparées. Dans d'autres pays, il semble que les efforts se soient davantage concentrés sur le paludisme d'où une réémergence de la dengue ces dernières années.

207. Le document a fait l'éloge de tous surtout pour ces statistiques utiles sur la mortalité et la morbidité imputables au paludisme dans les Amériques mais par contre on a trouvé que le tableau avec les accomplissements passés et les nouveaux défis prêtait à confusion. Présentait-il toutes les activités de lutte contre le paludisme de la part de tous concernés dans la Région ou seulement les efforts déployés par le Secrétariat de l'OPS. De plus certains éléments sous « Nouveaux Défis » étaient des recommandations pour les États Membres alors que d'autres étaient effectivement des défis qui se présentaient aux États Membres. Si le document insistait sur la valeur d'interventions novatrices dans les méthodes de lutte contre le vecteur, les délégués n'en pensaient pas moins que ces

innovations devaient être conjuguées à des méthodes reconnues comme les moustiquaires imprégnées aux insecticides et la pulvérisation d'insecticides à l'intérieur des maisons.

208. On a encouragé le Secrétariat à revoir les clauses de la Résolution de l'Assemblée mondiale de la Santé WHA58.2 afin d'aider les États Membres à se conformer à leurs obligations dans le cadre ladite résolution. Les membres ont insisté sur le fait que toute résolution adoptée par les Organes directeurs de l'OPS devait compléter cette résolution et faire avancer les activités en cours au sein de toute l'OMS.

209. Le Dr Carter a convenu de la grande importance de la question du paludisme dans les régions frontalières. L'OPS dispose déjà de cette information pour un grand nombre de pays indiquant où se concentrent les flambées épidémiques. Les cas importés par les immigrants risquaient de ne pas répondre au traitement dispensé normalement au paludisme dans le pays de destination et c'est un aspect spécial dont il fallait tenir compte. De plus, dans certains pays, les systèmes de santé ne sont pas bien développés dans les communautés frontalières et par conséquent la réponse à une flambée épidémique peut mettre du temps pour s'organiser. Il fallait également renforcer la vigilance dans les régions de résistance aux médicaments pour ne pas permettre la réintroduction dans les pays où le paludisme avait pu être éradiqué. Le Dr Carter a convenu de l'importance du changement de climat, remarquant à ce propos qu'en Amérique centrale la principale région de transmission par le passé se situait autour des plantations de coton dans le Pacifique mais suite aux changements de climat, à présent elle se situait dans les plantations de bananes le long du littoral de l'Atlantique.

210. Le Dr Carter a indiqué au Comité que l'OPS défendait l'approche intersectorielle dans la lutte contre le paludisme engageant les pouvoirs de l'environnement, de l'éducation et de la santé. Sachant tout l'importance que revêtait l'engagement communautaire, il a cité le Mexique où les cas de paludisme ont pu être baissés de 44 000 il y a quelques années à 4000 l'an dernier grâce aux efforts intenses de la communauté pour trouver et détruire le vecteur.

211. Quant à la suggestion que les pays cultivent davantage *Artemisia annua*, il a noté que certains pays de l'Afrique avaient déjà commencé à cultiver la plante. D'autres pays de la Région pourraient suivre cet exemple et cela aiderait effectivement à rendre davantage disponibles les médicaments à base d'artémisinine.

212. Le Comité a adopté la Résolution CE136.R5 sur ce point de l'ordre du jour. Le paragraphe 2(h) a été ajouté par le Comité à la suggestion des États-Unis d'Amérique qui a soulevé la questions des conditions requises pour obtenir des fonds du Fonds mondial lors de la discussion sur l'accès aux soins pour les personnes vivant avec le VIH/SIDA (voir paragraphe 265 ci-après).

Stratégie régionale de contrôle de la tuberculose pour 2005-2015 (documents CE136/17 et CE136/17, Corrig.)

213. Dr Mirta del Granado (Conseillère régionale de la tuberculose OPS) a récapitulé les principaux éléments du plan stratégique régional pour le contrôle de la tuberculose présenté dans le Document CE136/17. Elle a commencé par une série de statistiques sur la charge de morbidité imputable à la tuberculose (TB) tant à l'échelle mondiale que dans les Amériques, faisant ressortir le mode hétérogène de la maladie dans la Région. Elle a également montré que les statistiques sur les cas notifiés pointaient vers une incidence plus faible que celle existant car la maladie a tendance à être sous-diagnostiquée et sous-notifiée. Ensuite elle a mis en relief les principaux accomplissements dans la lutte contre la tuberculose jusqu'en 2003.

214. L'expansion de la stratégie de lutte contre la tuberculose recommandée à l'échelle internationale – DOTS- ou traitement sous observation directe et de courte durée ainsi que la mise en œuvre du Cadre DOTs élargi connu sous le nom de DOTS-PLUS sont au premier rang de ces accomplissements. De plus, le réseau des laboratoires nationaux de tuberculose a été renforcé, la surveillance s'est étendue et la mobilisation des ressources s'est accrue au même titre que la participation des partenaires. En s'exprimant en moyenne pour la région, la couverture de DOTS s'est étendue à 78% mais il existe encore des pays comme le Brésil où la couverture descend en dessous de 50%. Le taux de traitement réussi en 2002 s'élevait à 81% mais il existe un taux de mortalité clinique de 5% surtout dans les pays à prévalence élevée de la co-infection par le VIH et également dans les pays développés où la tuberculose a tendance à s'attaquer aux personnes âgées. De plus on note un taux d'échec de traitement de 14% surtout dans les pays qui se sont heurtés à des problèmes pour adopter la stratégie DOTS.

215. Grâce à la mise en œuvre réussie de DOTS, l'incidence de la tuberculose sous toutes ces formes a nettement reculé ces dix dernières années dans la région. Aussi, la Région est-elle en bonne voie et proche d'atteindre les objectifs fixés par la Résolution WHA44.8 de l'Assemblée mondiale de la Santé et des Objectifs du Millénaire pour le Développement. Par contre, les progrès réalisés en date de 2003 sont enregistrés dans des pays à revenus élevés et intermédiaires avec des programmes réussis de longue date. Pour atteindre véritablement les objectifs liés à la tuberculose, il faudra concentrer les efforts sur les pays les plus pauvres et ceux avec une charge de morbidité et une incidence élevée de cette maladie.

216. Aussi, l'OPS de concert avec les responsables de programmes nationaux de lutte contre la tuberculose a dressé un plan stratégique régional avec une approche différentiel stratifiant les pays en fonction de leur incidence de la maladie et couverture DOTS. Les pays de la Région ont été divisés en quatre groupes : les pays avec une incidence inférieure à 25 pour 100 000 personnes et une couverture DOTS élevée (>90%) ; les pays avec une incidence de 25 à 50 pour 100 000 personnes et une couverture DOTS élevée ; des pays avec une incidence élevée (>50 pour 100 000) mais aussi avec une couverture

DOTS élevée et des pays avec une incidence élevée mais une couverture DOTS limitée (< 70%).

217. Le plan stratégique régional visait à protéger les réussites rencontrées jusqu'à présent au niveau de l'expansion de la stratégie DOTS et à garantir un approvisionnement continu des médicaments anti-tuberculose dans tous les pays ; à étendre la stratégie DOTS dans des pays et des groupes de population avec faible couverture ; à renforcer le développement des ressources humaines et à augmenter les recherches épidémiologique et opérationnelles ainsi qu'à relever les nouveaux défis par exemple ceux liés à la tuberculose résistante à de multiples médicaments et l co-infection TB-VIH. Le Document CE136/17 décrit chacun le but général et les objectifs spécifiques du plan. Chacun des objectifs s'accompagne d'un axe stratégique tel que décrit dans le document. Le Plan régional vise à renforcer les systèmes de santé surtout au niveau des soins de santé primaires y compris les réseaux de laboratoire, les systèmes de référence et de contre-référence, la gestion des médicaments et les systèmes de surveillance épidémiologique ; à améliorer les soins et l'accès aux soins pas simplement pour la tuberculose mais aussi pour d'autres maladies et à renforcer la prévention de la maladie et la promotion de la santé pour les patients tuberculeux et leurs communautés.

218. Le Comité exécutif a été prié de confirmer le contrôle de la tuberculose comme une priorité dans les politiques de santé, de donner son avis concernant le plan stratégique régional et son point de vue sur la possibilité de formuler des plans stratégiques nationaux conformes au plan régional.

219. Le Comité était content de noter que la Région était sur la bonne voie en train d'atteindre les objectifs et les indicateurs tant de la Résolution WHA44.8 que ceux de la Déclaration du Millénaire. Le Comité a félicité l'OPS des progrès réalisés jusqu'à présent notant que les achats de médicaments anti-tuberculose avaient permis une réduction de dix fois du coût pour les pays individuels. Les Membres sont d'accord pour donner la priorité aux pays à faibles revenus et à ceux dont les taux de dépistage et de traitement ne se trouvaient pas encore aussi proche des objectifs. Il fallait également redoubler d'efforts dans la lutte contre la pauvreté puisque la prévalence et l'incidence de la tuberculose est la plus élevée chez les populations pauvres.

220. Rappelant la discussion du Comité sur le budget, indiquant une légère augmentation des ressources pour la tuberculose dans le budget ordinaire et un accroissement des ressources provenant d'autres sources, les Membres ont demandé que soient expliqués plus clairement les chiffres du Document CE136/17 indiquant que les crédits du budget ordinaire seraient réduits de 45% pendant l'exercice biennal 2006-2007. On a proposé que la décision de mettre la tuberculose au rang des priorités pour l'OPS soit remise a plus part jusqu'au moment où l'Organisation aura indiqué quelles sont ses priorités dans le cadre des différentes hypothèses budgétaires. On a également demandé au Secrétariat d'explique si la phrase « confirmer le contrôle de la tuberculose

en tant que priorité dans les politiques de santé » se rapporte aux États Membres ou à l'OPS ou encore aux deux.

221. On a proposé comme un des axes stratégiques d'intervention la promotion de la recherche pour trouver de nouveaux médicaments permettant de remédier au problème de la tuberculose résistante à de multiples médicaments. De plus amples informations ont été demandées sur les questions entourant la tuberculose résistance aux multiples médicaments dans les Amériques.

222. On a attiré l'attention sur la création de comités nationaux « Stop-TB » pour engager davantage les gouvernements comme expression de leur volonté politique dans cette lutte. L'Organisation devait elle aussi soutenir les Membres au niveau de la mise en place de projets de contrôle de la tuberculose qui pourraient être présentés à des bailleurs de fonds possibles.

223. Le Délégué des États-Unis a indiqué que les experts techniques dans son gouvernement souhaitaient un certain nombre de changements qui amélioreraient le texte à leur avis. Il présenterait ces suggestions par écrit au Secrétariat pour qu'il puisse les utiliser en revoyant le document qui serait ensuite présenté au Conseil directeur. Il a indiqué que si le document insistait à juste titre sur l'accessibilité des services et des médicaments, il fallait pourtant accorder la même importance à l'élargissement de l'accès aux soins universels dont le diagnostic exact, le traitement de qualité, les médicaments indiqués, les normes de notification et les bilans des résultats obtenus. Il a également fait remarquer que l'Assemblée mondiale de la Santé avait adopté récemment une solide résolution de santé publique sur la tuberculose et priait le Secrétariat de vérifier que toute résolution proposée par l'OPS sur ce point de l'ordre du jour soit bien alignée sur la résolution WHA58.14 et soutient les buts de cette dernière.

224. Dr Del Granado a fait savoir qu'on espérait que le contrôle de la tuberculose relève d'une priorité aussi bien pour les pays que pour l'OPS. Le Dr López Acuña a ajouté que, dans l'introduction au budget consolidé de l'OPS/OMS ainsi que dans le budget général de l'OMS, on accordait une priorité évidente à la réalisation des objectifs sur le plan santé de la Déclaration pour le Millénaire dont la tuberculose faisait partie. Dans l'exercice qui serait réalisé le mois prochain, on s'assurerait que ces priorités sont protégées dans le cas d'une baisse de revenu ou accroissement dépassant les estimations. Aussi la tuberculose resterait-elle une priorité quoiqu'il arrive. Il a également expliqué que la diminution de 45% dont il est question dans le Document CE136/17 concerne un chiffre préliminaire donné à tous les services aux fins de planification initiale mais que le chiffre final serait celui figurant dans le document du budget-programme. Les écarts seraient réconciliés avant le Conseil directeur.

225. Dr Del Granado a insisté sur l'importance de la stratégie DOTS pour le plan stratégique régional. Les pays qui l'avaient adopté avec succès étaient effectivement eux qui se trouvaient le plus proche des objectifs de la résolution WHA44.8 et des Objectifs

du Millénaire pour le Développement. Par conséquent, l'OPS jugeait d'importance capitale de renforcer DOTS dans les pays qui ne l'avaient pas encore adopté à un niveau suffisant ou qui se heurtaient à des problèmes de mise en œuvre, tout particulièrement les pays pauvres. La stratégie DOTS devait également être renforcée au Brésil qui compte 35% de tous les cas de la Région et qui ne dispose que d'une couverture limitée DOTS. La mise en œuvre à plus grande échelle de DOTS dans ces pays requiert les bonnes ressources humaines. Un conseiller spécial a été nommé au Brésil et un autre conseiller sera envoyé au Pérou, pays qui compte 15%-18% des cas notifiés dans la Région.

226. En réponse à la demande pour de plus amples informations sur la stratégie de lutte contre la tuberculose résistante à de multiples médicaments, elle a expliqué que le plan stratégique présenterait un nouveau type de surveillance avec des études de résistance chez les nouveaux patients. Les mesures préventives sont un autre aspect de la question de la résistance afin de pouvoir éviter l'apparition de nouvelles formes de résistance.

227. En ce qui concerne la question de l'accès, l'OPS intervenait sur tous les fronts collaborant notamment avec les prestataires de la santé dans le cadre de l'Initiative Mix publique-privée. L'Organisation cherchait à fournir DOTS aux groupes les plus marginalisés en passant par les communautés. Cette semaine même les normes internationales ont été débattues par le groupe Stop TB à Genève et ces normes seront appliquées dans tous les ministères de la santé et associations scientifiques aux fins de faciliter un diagnostic rapide et un traitement de qualité.

228. Elle a expliqué que le plan régional ne traitait pas de la recherche concernant de nouveaux médicaments car cette question est étudiée par un groupe spécial au niveau mondial. Les universités et les institutions scientifiques s'attèlent à cette tâche mettant à l'essai de nouveaux vaccins et médicaments et certains faits laissent à penser qu'un nouveau vaccin pourrait être disponible en 2010. Le plan régional devait donc faire la place nécessaire pour intégrer cette nouvelle arme dans le combat contre la tuberculose.

229. Elle a assuré le Comité exécutif que tous les aspects du plan régional étaient conformes à la Résolution récente de l'Assemblée mondiale de la Santé et au plan mondial de l'OMS.

230. Le Comité a adopté la Résolution CE136.R7 concernant ce point de l'ordre du jour.

Coopération axée sur les pays et développement national de la santé (document CE136/18)

231. Dr Pedro Brito (Responsable, Développement stratégique de la santé, OPS) a introduit ce point de l'ordre du jour notant que le document avait été préparé conjointement par son service et par l'Unité de Soutien au pays. Il a présenté une vue

générale de l'approche de l'OPS à la coopération axée sur les pays et son utilisation de la stratégie de coopération avec les pays (SCP), l'instrument méthodologique pour concrétiser l'approche axée sur les pays afin d'accélérer le développement de la santé nationale qui est le but final de la coopération avec les pays. Il a expliqué que l'un des aspects les plus importants pour l'OPS et l'OMS à l'heure actuelle est d'arriver à un maximum d'efficacité et au meilleur impact possible de la coopération technique entre les pays. Face à cet objectif, l'OMS a mis au point l'instrument SCP dans le cadre de son initiative Coopération Axée sur les pays. L'OPS avait adapté SCP aux caractéristiques de la Région visant à l'appliquer comme orientation stratégique à moyen terme de la coopération technique axée sur les pays.

232. La spécificité était l'une des conditions essentielles de l'efficacité de la coopération technique. La coopération internationale en santé devait reposer sur une étude systématique du processus de développement de la santé nationale et des plans et politiques de chaque pays. La Stratégie de coopération avec le pays (SCP) était un instrument garantissant cette spécificité. C'était une méthodologie pour évaluer le niveau actuel du développement national de la santé et une modalité de programmation de la coopération technique dans le moyen terme. Son application a permis de formuler une vision à moyen terme (4-6 ans) pour les actions de l'Organisation avec chaque État Membre fournissant un cadre stratégique pour l'effort conjoint. On cherchait à structurer une proposition de coopération intégrée qui restait fidèle au concept et aux objectifs du développement de la santé et qui donnait lieu à une seule stratégie et à un seul budget-programme pour le pays. L'approche SCP permettait également à l'OPS d'aligner sa coopération technique sur celle d'autres partenaires du développement.

233. L'application de SCP dans un pays donné aboutirait en un premier temps sur un accord entre le pays et l'Organisation qui constituerait le cadre stratégique à moyen terme de la coopération technique et qui servirait de fondement au plan du renforcement de capacités dans le bureau de pays, permettant ainsi d'adapter le profil de son personnel aux demandes et besoins de coopération technique dans le pays et unifiant parallèlement toutes les ressources de coopération technique en un seul budget. Cela permettait également de définir l'infrastructure nécessaire surtout dans le domaine de l'information et de la communication et de créer un cadre pour la mobilisation des ressources et les alliances stratégiques avec les principaux intervenants de la coopération dans le pays.

234. La SCP est un forum de dialogue social entre les responsables de la santé et divers autres intervenants. C'est un instrument fonctionnant avec des données probantes de nature intersectorielle. Jusqu'à présent, il s'est avéré utile pour renforcer le dialogue avec le ministère de la santé et d'autres parties concernées et a aidé à rehausser les fonctions normatives et réglementaires du ministère. Parallèlement, il encourage la coordination entre les organes de coopération internationale travaillant dans le pays et guide une sélection judicieuse et efficace de buts et programmes d'action communs.

235. Rappelant à tous que le SPP avait demandé des détails sur l'application pratique de la SCP, il a expliqué que le processus se déroulait le long de quatre étapes fondamentales : préparation et coordination avec les responsables nationaux ; analyse stratégique prospective et participative du développement de la santé nationale ; définition concertée de la stratégie et contenu de la coopération technique de l'OPS ; et étude des implications politiques, techniques et administratives. Il a fait une liste des pays de la Région qui avait appliqué la méthode décrivant le calendrier d'exécution et mentionnant les résultats. Actuellement 15 exercices SCP étaient en cours et se trouvaient à divers stades d'avancement. L'Unité de soutien aux pays étudiait l'enseignement dégagé. Cinq exercices supplémentaires étaient prévus pour 2006.

236. Dr Barry Wint (Représentant du Sous-Comité de planification et de programmation) a indiqué que le Sous-Comité soutenait pleinement la stratégie de coopération axée les pays comme méthode de détermination d'un programme de santé nationale adapté aux besoins et priorités retenues par le pays lui-même. Les Membres ont noté que l'utilisation de l'approche axée sur le pays permettrait d'aligner d'avantage le travail de l'OPS sur l'Initiative Priorité aux Pays de l'OMS et sur les approches employées par d'autres organisations de développement international. En ce qui concerne le document présenté au Sous-Comité sur ce point de l'ordre du jour, le Sous-Comité était d'avis, tel que l'a noté le Dr Brito, que le document serait plus utile pour les États Membres si la prochaine version apportait des informations plus concrètes sur la manière dont la stratégie de coopération était effectivement appliquée. Il a également indiqué que des ressources devaient être consacrées à la participation à un tel exercice, du point de vue temps et personnel et qu'il serait donc important pour les pays de comprendre le coût-avantage de leur participation à cet exercice ainsi que l'investissement qu'ils devaient faire. Le Sous-Comité a proposé que l'OPS crée une section spéciale sur son site Web où pouvaient être affichés des récapitulatifs des stratégies de coopération avec les pays car une telle information serait utile pour d'autres États Membres et susceptible de faciliter la collaboration technique.

237. Content de voir la nouvelle version du document, le Comité exécutif a noté avec satisfaction l'inclusion du genre dans les déterminants de santé retenus dans ce document, de l'information récente sur le processus des exercices SCP avec les diverses étapes et que du diagramme montrant les principales composantes du programme qui en résulte pour les pays qui avaient déjà entrepris ce processus. Le Comité a demandé des informations supplémentaires concernant la somme de \$27 millions octroyés dans le document du budget à l'exercice SCP, notant qu'il s'agissait d'un montant important et qu'il s'écartait des chiffres indiqués pour le fonctionnement des bureaux de pays. Le Comité a également demandé une estimation des coûts pour les diverses composantes de l'exercice SCP dont les coûts monétaires et de ressources humaines. Les Membres ont répété la suggestion concernant la page Web consacrée à la SCP qui permettrait de faire des mises à jour régulières sur le processus et les résultats.

238. Le Comité exécutif souhaitait comprendre plus clairement la véritable différence entre le processus SCP et le travail qu'accomplissaient déjà les bureaux de représentants de l'OPS/OMS. Les deux semblaient plutôt analogues et on espérait que le Secrétariat éclairerait la situation et montre quel est l'avantage supplémentaire de la SCP par rapport au travail des représentants OPS/OMS. Certes, les buts généraux de l'Initiative étaient approuvés par tous mais le Comité exécutif notait que chaque pays devait être convaincu de la valeur ajoutée de l'exercice, vu l'engagement des ressources humaines nécessaires pour l'exécution de l'exercice SCP.

239. On a avancé que les calendriers différents de programmation et de budgétisation d'un pays à un autre compliquent souvent la coordination de la coopération. En outre, l'approche coordonnée se heurte parfois à de la résistance que ce soit de la part des diverses organisations de coopération – peut-être parce qu'elles ont des concepts et stratégies différentes pour s'attaquer au problème- ou de la part des pays bénéficiaires – peut-être parce qu'ils pensent pouvoir obtenir plus de ressources si les négociations sont maintenues au niveau individuel. La coordination interorganisations s'avérera extrêmement difficile si les pays eux-mêmes n'assument pas pleinement la responsabilité de la coordination de la coopération technique en fonction de leurs plans, programmes et politiques de développement national.

240. On a noté avec préoccupation la terminologie peu claire dans le document. Les Membres ont noté qu'il était difficile de soutenir une approche cohésive alors qu'on utilise des termes différents pour exprimer les mêmes concepts. Ils ont demandé quelle était la différence entre la stratégie de coopération avec le pays et la coopération technique axée sur le pays. Ils ont également demandé comment étaient harmonisés les exercices SCP au niveau OPS et OMS.

241. Dr Bernard Kean (Directeur, Département de gouvernance, OMS) a fait remarquer que l'approche SCP était appliquée à présent depuis trois ans. Il est très encourageant de noter la grande importance qu'accordent diverses régions au processus notamment l'Afrique et le Sud-Est asiatique où le Bureau régional a pris la décision de réaliser une SCP dans chaque pays. L'Afrique a pratiquement achevé cet exercice et le Sud-Est asiatique était déjà arrivé à l'étape consistant à examiner les résultats de la SCP dans plusieurs pays. La question qui se posait actuellement était de savoir comment relier le processus de la SCP à toutes les autres activités dans le pays notamment la formulation des budgets pays au niveau global qui a commencé pour l'exercice 2006-2007 et comment relier les résultats de la SCP aux autres processus de planification.

242. Il a donné des exemples montrant comment le processus SCP avait mis à jour le besoin de renforcer la capacité épidémiologique d'un pays donné, surtout du point de vue analyse, afin de pouvoir lutter contre le problème actuel de la grippe aviaire. Le personnel demandé a été recruté, renforçant la capacité du pays et à présent on disposait d'une meilleure équipe sur place grâce à la SCP. Tout au long de cet exercice, diverses questions sont apparues comme l'appartenance du processus par le pays, prenant une

place de plus en plus grande dans la SCP. La relation avec d'autres approches du système des Nations Unies est un autre aspect qui a fait surface, notamment le cadre d'Assistance au Développement (CCA-UNDAF). La SCP a été vu dans une certaine mesure comme un modèle de mise au point de l'UNDAF. Les deux processus étaient très intégrés et le rôle prépondérant de la SCP était évident tant pour le secteur de la santé que pour l'OMS.

243. Dr López Acuña a indiqué que la terminologie ne devrait pas prêter à confusion. La formulation d'une stratégie à moyen terme pour un pays est appelée stratégie de coopération avec le pays. C'est le seul terme qu'emploie l'OPS et d'autre part, l'Organisation avait fait partie d'un groupe partageant les expériences de l'exercice et avait également participé à la méta-analyse des 126 SCP déjà achevées dans les diverses régions. Le processus convergeait toujours davantage avec des représentants d'une région ou du siège de l'OMS participant au processus SCP qui se déroule dans une autre région. Les régions utilisaient toutes le même processus et partout on l'abordait de la même manière.

244. Que devaient faire les régions pour s'assurer que leur travail avait une approche axée sur le pays ? C'est une question importante débattue dans les diverses régions et au Siège de l'OMS. C'est ce que l'OPS appelle la coopération technique axée sur le pays mais ce n'est pas la même chose que SCP qui est un instrument pour faire progresser la coopération technique axée sur le pays. C'est la méthodologie utilisée pour faire l'évaluation à moyen terme et principaux éléments qui entreront dans les quatre à six années dans la formulation. Dès le début, l'OPS avait insisté que l'exercice SCP devait se faire conjointement avec le pays. La tâche n'en revenait pas au Secrétariat : c'est un dialogue, un classement des priorités réalisé ensemble pour configurer les principaux éléments qui détermineront la manière dont le travail sera accompli dans le moyen terme.

245. Le Directeur a passé en revue la longue genèse du concept SCP. Depuis la fin des années 80, plusieurs voies avaient été empruntées et plusieurs noms avaient été donnés à la collaboration de l'OMS avec les pays. Diverses attentes orientent ce travail provenant du pays lui-même, des bailleurs de fonds et d'autres partenaires. Les pays souhaitaient notamment prendre les rênes en main et guider le travail des divers partenaires pour contrôler le développement de la santé nationale. Cette quête a abouti au concept de la coopération axée sur le pays. Telle était la politique demandant que le travail de l'Organisation soit axé sur le pays et qui sera mesuré à l'aune des progrès réalisés par ce dernier au niveau de sa santé nationale. Le CCS était une stratégie et il existait une méthodologie pour définir la stratégie. L'instrument stratégique avait été mis au point avant que la politique n'ait été formulée et rédigée et le document actuel cherchait à mettre au clair le cadre conceptuel. En d'autres mots, l'OPS utilisait la méthodologie acceptée par l'OMS mais devait traduire en termes concrets le cadre conceptuel pour qu'on puisse voir clairement comment l'instrument correspondait à la politique.

246. La stratégie avait été reliée dès le départ non seulement au processus CCA-UNDAF mais aussi aux documents de la stratégie de réduction de la pauvreté appuyée par la Banque mondiale, méthodologie différente, pertinente pour la Région qui comptait quatre pays pauvres très endettés. La santé compte pour beaucoup dans la réduction de la pauvreté mais les documents de la stratégie de réduction de la pauvreté n'expliquent pas toujours très bien les questions de santé.

247. Cherchant à expliquer clairement la différence entre les CCS et le travail des bureaux des représentants OPS/OMS le Directeur a fait référence au processus d'élaboration du budget-programme biennal. Certes, le processus envisage de multiples situations au niveau des pays, mais il n'arrive toujours à bien analyser les tendances régionales. De fait, c'est un processus axé sur le pays pris individuellement avec un horizon de deux ans. Par contre la stratégie de coopération axée sur le pays relève d'une approche à moyen terme, de nature plus stratégique, alignant davantage les différentes parties de l'Organisation qui tout en restant guidée par le pays et pleinement soutenue par le bureau de pays n'en pas moins capable et susceptible de faire intervenir les différents niveaux de l'Organisation : mondial, régional et dans certains la participation d'autres régions enrichissant ainsi le processus par un point de vue externe et permettant l'échange horizontal d'expériences.

248. Dr López Acuña a expliqué que le budget comprenait un domaine d'activités appelé Coopération avec les pays, Leadership et Coordination qui dispose d'une allocation proposée de \$23 millions. Ce ne sont pas des crédits exclusivement réservés à l'exécution des processus CCS. C'est l'allocation comprise dans les programmes de pays pour réaliser le travail fondamental de coordination, partenariats et développement du leadership conjointement avec les responsables de la santé nationale aux fins du développement de la santé nationale. Dans ce domaine sont compris tous les éléments du travail en commun avec les pays pour soutenir leur participation aux processus régionaux, sous-régionaux et mondiaux du point de vue coopération internationale, développement du leadership et coordination pour l'harmonisation et l'alignement de multiples sources de ressources.

249. En réponse à la demande pour la répartition des coûts, le directeur a indiqué qu'un document d'information serait distribué mais a ajouté que le document actuel était un document de politique conceptuelle et non pas un plan SCP. Le document proposé présenterait en annexe un plan SCP avec ventilation des coûts.

250. Dr Brito a fait savoir que le Secrétariat était en train de mettre au point la page Web sur la SCP indiquant qu'elle serait prête et fonctionnelle au moment du prochain Conseil directeur.

251. Le Comité exécutif a pris de la présentation sur la coopération axée sur le pays et le développement de la santé nationale mais n'a jugé nécessaire d'adopter une résolution sur ce sujet.

Accès aux soins pour les personnes vivant avec le VIH/SIDA (document CE136/19)

252. Dr Carol Vlassoff (chef, Service VIH/SIDA, OPS) a introduit ce sujet, notant qu'il était présenté pour faire le point des efforts déployés par le Comité pour élargir l'accès aux soins et traitement pour les personnes vivant avec le VIH/SIDA et des progrès réalisés par la Région pour atteindre les buts de l'Initiative « 3 pour 5 » ainsi que des conclusions du sommet spécial des Amériques qui s'est tenu à Monterrey, Nuevo León Mexique en janvier 2004. La présentation ferait également ressortir les questions et étapes d'importance critique pour se rapprocher du but de l'accès universel aux soins et traitement intégrés y compris l'aspect prévention pour tous les pays des Amériques.

253. Elle a commencé par revoir les cinq orientations stratégiques guidant la réponse de l'OPS à l'Initiative « trois millions d'ici 2005 », présentée au Comité lors de sa 134^e Session (Document CE134/13). Grâce au financement accru provenant de l'Initiative « trois millions d'ici 2005 » l'OPS a pu renforcer récemment son impact au niveau des pays. Actuellement un plus grand nombre des membres du personnel travaillent à plein temps sur les questions du VIH/SIDA dans les États Membres et d'autres personnes sont en train d'être recrutées pour remplir plusieurs postes sous-régionaux. Qui est plus est, chaque pays dans la Région a reçu presque \$100 000 et sur les \$4millions obtenus de l'Initiative « trois millions d'ici 2005 », 81% avait été alloués au soutien direct pour les pays. Les fonds de l'Initiative « trois millions d'ici 2005 » étaient également utilisés pour soutenir le Fonds de l'OPS des fournitures stratégiques de santé publique qui aidaient les pays à profiter des dispositions d'accords spéciaux sur le commerce et la propriété intellectuelle comme l'accord TRIPS. En août 2005, d'autres négociations sur les prix des médicaments antirétroviraux (ARV) se tiendront en Argentine avec le soutien des fonds de l'Initiative Trois millions d'ici 2005..

254. Parlant à présent des progrès réalisés en vue d'atteindre le but fixé par le Sommet spécial des Amériques à Nuevo León, elle a noté que l'extraordinaire mobilisation de ressources humaines et financières - surtout celles du Fonds mondial pour la lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme - on aura atteint, au moment où se tiendra le quatrième sommet des Amériques en novembre 2005, l'objectif consistant à fournir un traitement à 600 000 personnes au moins qui ont besoin de médicaments antirétroviraux. A la fin d'avril 2005, le nombre de personnes recevant ce traitement dans les États Membres y compris le Canada et les États-Unis avait déjà atteint 613 533. Pratiquement tous les pays avait nettement étendu leur couverture depuis janvier 2004 quand avait été adopté le but de Nuevo León. La Région était en droit d'être fière devant cet accomplissement tout en restant consciente des obstacles qui restaient à franchir pour atteindre le but ultime fixé par le Sommet spécial : fournir un accès au traitement pour tous ceux qui en ont besoin dans les Amériques. Il faudra notamment chercher à réduire ce terrible écart d'équité existant entre les pays développés et ceux moins avancés. Cela signifie également réduire les inégalités entre les groupes de la population au sein d'un même pays pour étendre les services aux groupes vulnérables et peu desservis.

255. Le Sous-Comité de planification et de programmation, lors de sa 39^e Session en mars, a proposé que l'OPS mette au point un plan stratégique régional sur le VIH/SIDA pour la période 2006-2015 pour aider les pays à atteindre le but de l'accès universel aux soins et au traitement pour les personnes vivant avec le SIDA ainsi que le but lié au VIH/SIDA fixé par la Déclaration du Millénaire. Le Secrétariat aidé par une équipe composée de représentants des États Membres, représentants de personnes vivant avec le VIH/SIDA et autres partenaires était en train de formuler le plan stratégique et présenterait un avant-projet du cadre au 46^e Conseil directeur en septembre. Le plan serait l'occasion d'améliorer la synergie entre les partenaires intervenant dans la lutte contre le VIH/SIDA dans la Région, d'étendre la coopération technique entre pays à ce propos et de renforcer la planification, la programmation et le suivi en commun et conformément aux principes des « Trois uns ». Chose la plus importante, le plan s'il dispose de données initiales et d'une séquence de jalons, aidera les plans à planifier et à répondre à leurs divers engagements dont l'Objectif 6 du Millénaire pour le Développement : Combattre le VIH/SIDA, le paludisme et d'autres maladies et commencer à inverser la tendance actuelle.

256. Le Comité exécutif a pleinement soutenu la proposition d'élaboration d'un plan stratégique de lutte contre le VIH/SIDA pour la période 2006-2015, en espérant que le plan aiderait les pays à obtenir un maximum de ressources provenant de diverses sources, une action harmonieuse entre les différents partenaires et à surmonter les obstacles qui entravent les efforts faits en endiguant l'épidémie du VIH/SIDA dans la Région. Les Délégués ont noté qu'il n'existait pas d'information complète et exacte sur la prévalence et ils ont demandé au Secrétariat de bien vouloir s'en rappeler en formulant le plan. Les pays ont besoin d'assistance pour renforcer leurs systèmes de surveillance et d'information afin de dépister les personnes nécessitant un traitement. On a remarqué qu'il ne suffisait pourtant pas de connaître simplement le nombre de personnes infectées par le VIH car il fallait également connaître l'étape clinique de la maladie des patients pour déterminer s'ils répondent aux critères cliniques pour démarrer le traitement antirétroviral. A cet égard, les Membres qu'il faut faire attention lorsqu'on utilise des termes comme « accès universel » ou « traitement universel » pour éviter de donner l'impression que tous ceux infectés par le VIH devraient commencer immédiatement le traitement ou encore faire penser que le traitement par ARV est la panacée guérissant la maladie ou prévenant sa transmission.

257. Le caractère confidentiel des données sur le VIH/SIDA est une autre question se rapportant à l'information. On a noté que la réticence à donner des informations sur les personnes séropositives-VIH représentait un des principaux obstacles pour identifier la population qui a besoin de traitement. A l'avis d'un des délégués, l'insistance pour maintenir en stricte confidentialité l'information sur les patients du VIH/SIDA était de fait un signe de stigmatisation et de discrimination à l'égard de ces patients puisque cela les empêchait de recevoir les soins et le traitement dont ils avaient besoins. Elle pensait que les données sur le VIH/SIDA devaient être traitées comme les données sur n'importe

quelle autre maladie. Le Directeur adjoint était d'accord notant que dans son ancien poste en tant que chef d'un service de santé d'un état aux États-Unis, il avait fait son possible pour que soit adoptée une loi sur la notification obligatoire de tous les cas de VIH. La loi s'était heurtée à une vive opposition car on pensait qu'elle violait les droits du patient au caractère privé mais son adoption avait pourtant permis d'apporter un traitement à un plus grand nombre de personnes et également de mieux cibler les activités de prévention.

258. La viabilité du financement pour les programmes de lutte contre le VIH/SIDA une fois que se terminera l'aide externe et l'accès durable à des médicaments ARV à un prix abordable surtout les médicaments de seconde et troisième intention relèvent de deux aspects essentiels dont devait se soucier le plan stratégique, à l'avis des délégués. On a remarqué que les pays qui ne disposaient pas de solides capacités d'achat et de négociation auront du mal à maintenir le traitement et tout effort est encore entravé davantage par des accords commerciaux internationaux qui limitent la production de médicaments génériques de seconde et troisième intention par des pays comme l'Inde.

259. En ce qui concerne le Document CE136/19, le Comité trouvait qu'il ne faisait pas une place suffisante à la prévention. Les Délégués savaient que l'accent était mis sur l'accès aux soins et au traitement mais ils pensaient que tout document de santé publique traitant du VIH/SIDA devait faire ressortir l'importance de la prévention. Les Membres ont insisté sur le fait que le plan stratégique doit mettre en relief le changement de comportement comme moyen de prévention. Parallèlement, on a reconnu qu'en se concentrant sur le traitement on peut également renforcer la prévention puisque que le dépistage des personnes ayant besoin de traitement permettra de dégager des tendances dans l'épidémie, d'où un meilleur ciblage des activités de prévention.

260. Plusieurs délégués ont remis en question les chiffres sur la couverture de traitement antirétrovirale présentés dans le document. Le Délégué de l'Argentine a fait savoir que le document faisait état d'une couverture de 85% dans son pays alors qu'en fait, l'Argentine avait une couverture de 100% de tous les cas dépistés. Le pays avait une loi garantissant l'accès aux soins et au traitement pour toutes les personnes séropositives et il était fier d'avoir pu maintenir une couverture universelle malgré les difficultés économiques de ces dernières années. Il a demandé une correction dans ces chiffres puis l'inclusion de l'Argentine dans les pays à couverture universelle. Les Délégués du Mexique et du Venezuela notant que leur pays avait également réussi à assurer un accès universel ont demandé eux-aussi que les chiffres soient corrigés pour décrire la véritable situation. Le Délégué du Mexique a également présenté une liste de changement éditoriaux proposés dans le document.

261. Un délégué n'était pas d'accord avec le commentaire dans le document suggérant que la protection de la propriété individuelle limite l'accès aux médicaments contre le VIH/SIDA faisant remarquer que c'est le manque d'une telle protection qui risque de décourager l'introduction de nouveaux traitements novateur. Le même délégué pense que l'OPS doit avancer avec prudence dans son rôle de conseiller aux pays sur les politiques

et réglementations nationales afférentes à la propriété pharmaceutique et intellectuelle car un tel rôle dans le commerce national n'entre pas dans la compétence d'une organisation de santé publique et ne fait pas partie de la mission dont est investie l'Organisation. Par contre, un autre délégué pensait que si l'OPS ne devait pas chercher à influencer ou encore à prendre parti dans les négociations commerciales, le rôle de plaidoyer décrit dans le document était effectivement un rôle que l'OPS devait assumer. Il convenait que l'Organisation soutienne les pays pour qu'ils puissent saisir toutes les possibilités que présente l'accord TRIPS pour élargir l'accès aux médicaments.

262. Enfin, les membres ont soulevé un certain nombre de questions ou d'aspects préoccupants en ce qui concerne le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme. Certes, on a reconnu que le Fonds mondial a nettement aidé à élargir l'accès aux soins et traitement pour le VIH/SIDA dans la Région mais par ailleurs ses critères de participation avaient exclu de nombreux pays de la Région. Par ailleurs les pays qui avaient réussi à obtenir des dons du Fonds mondial rencontraient des obstacles pour disposer d'un financement continu à cause de questions de gouvernance et de gestion. L'OPS et les États Membres étaient priés de fournir l'assistance technique nécessaire pour permettre aux pays de maintenir leurs dons et de soutenir d'autres pays pour qu'ils arrivent à formuler des projets qui répondent aux critères demandés par le Fonds aux fins d'approbation.

263. Dr Vlassoff a noté avec plaisir les expressions de soutien du Comité pour la formulation d'un plan régional. Elle a pris note des suggestions des délégués concernant les éléments à porter au plan et veillerait à ce que tout soit intégré. Elle a également pris note des commentaires sur le document et en tiendra compte au moment de le réviser aux fins de présentation au Conseil directeur. En ce qui concerne la prévention, elle a expliqué que le document avait été rédigé en réponse à une demande du SPP souhaitant recevoir une mise à jour des progrès faits en vue d'atteindre le but de Nuevo León de traitement pour 600 000 personnes d'ici 2005. C'était la raison pour laquelle il se concentrait sur l'accès aux soins et traitement. Le Comité pouvait être certain que l'OPS était tout à fait consciente de l'importance de la prévention tel qu'en témoigne le fait que presque 50% du budget régional total pour le VIH/SIDA était consacré aux activités de prévention. Toutefois, il était important de voir la prévention et le traitement comme des activités complémentaires et non pas distinctes. Le VIH/SIDA doit être abordé de la même manière que les autres maladies avec la même importance accordée à la prévention et au traitement. Personne ne parle de la prévention ou du traitement du cancer par exemple. Le document présenté au Conseil directeur fera une place plus importante à la prévention mais dans l'optique d'une approche continue et complète de prévention, soins et traitement.

264. S'excusant des données erronées présentées dans le document, elle a expliqué que le Secrétariat dépendait d'informations provenant de sources différentes. Les estimations sur le nombre de personnes qui avaient besoin de traitement provenaient de l'OMS et de

l'ONUSIDA alors que les chiffres sur le nombre effectif de ceux recevant un traitement avaient été communiqués par les États Membres. Parfois les deux ensembles de données ne correspondaient pas forcément. De plus le document ne distinguait pas suffisamment entre accès et couverture. En revoyant le document pour le Conseil directeur, le Secrétariat cherche à corriger ces fautes et à combler ces lacunes ou du moins à expliquer avec plus de détails les raisons de ce manque de ces écarts.

265. Quant à la question de l'accès aux médicaments ARV, elle a dit que l'OPS essayait simplement de maintenir les pays au courant des possibilités que représentaient les accords commerciaux. Ensuite les pays étaient libres de prendre leurs propres décisions et de profiter ou non de ces possibilités.

266. Le Président a proposé que le Comité inclue à la résolution adoptée sur ce point de l'ordre du jour un paragraphe se rapportant aux critères du Fonds mondial pour l'approbation des propositions. Il pensait qu'il était important pour le Conseil directeur de rappeler au Fonds mondial de changer ces critères qui limitaient l'accès pour de nombreux pays de la Région. Le Comité a convenu de cette suggestion mais aucune résolution n'a été adoptée sur ce point de l'ordre du jour, le paragraphe proposé allait être intégré à la résolution sur le paludisme (Résolution CE136.R5).

267. Le Comité a remercié le Secrétariat pour son rapport et a avalisé la proposition concernant l'élaboration d'un plan stratégique régional pour le VIH/SIDA pour la période 2006-2015.

Questions administratives et financières

Rapport sur le recouvrement des contributions (documents CE136/20 et CE136/20, Add. I)

268. Mme Sharon Frahler (Responsable, gestion financière, OPS) a fait le point du recouvrement des contributions et le statut des pays susceptibles d'être soumis à l'Article 6.B de la Constitution de l'OPS. Le recouvrement des contributions en date du 31 décembre 2004 s'élevait à \$80,6 millions de dollars soit un taux de recouvrement de 55% pour les contributions de cette année et 52% en arriérés. Le taux de recouvrement de cette année était plus faible que celui des années passées à cause du retard de paiement d'un État Membre. Par ailleurs, l'Organisation enregistrait une nette augmentation dans le recouvrement des arriérés comparé aux années passées. Les Annexes A et B du Document CE136/20 faisaient état respectivement des paiements de contribution des États Membres en date du 31 décembre 2004 et du 20 mai 2005. L'Addendum I au document est une mise à jour des recettes en date du 13 juin 2005. Depuis cette date, l'Organisation avait reçu un paiement supplémentaire de \$84 000 de Cuba.

269. Le 1^{er} janvier 2005, les arriérés pour les années précédentes s'élevaient à 70 millions de dollars. Les paiements de ces arriérés reçus entre le 1^{er} janvier et le 13 juin

2005 s'élevaient à \$31 millions de dollars, soit 44% du total diminuant ainsi les arriérés à 38,8 millions comparés à \$41,5 millions en 2004 et \$39,7 millions en 2003.

270. Le recouvrement des contributions pour 2005 s'élevait à \$11,7 millions en date du 13 juin 2005. Onze États Membres avaient versé entièrement leurs contributions de 2005, 5 avaient fait des paiements partiels et 25 n'avaient fait aucun paiement pour 2005. Les recouvrements représentaient 13% des contributions de l'année actuelle alors que cette proportion avait été de 23% en 2004 et en 2003. Le versement des arriérés et les contributions de cette année en 2005 représentent ensemble \$43 millions – soit une amélioration dans le recouvrement total si on compare à 2004 (\$38 millions) et à 2003 (\$30 millions).

271. Tel que le savaient les Membres, l'Article 6.B de la Constitution de l'OPS prévoit la suspension des droits de vote si à la date de l'ouverture du Conseil directeur un pays avait des arriérés représentant plus de deux années de paiements de contributions bien que le Conseil puisse décider de laisser ce droit de vote au Membre s'il pensait que le défaut de paiement était dû à des conditions qui n'entraient pas dans le contrôle du Membre. Les États Membres susceptibles d'être soumis à l'Article 6.B étaient les suivantes : Argentine, Paraguay, Pérou, Surinam et Uruguay. Deux de ces pays, l'Argentine et le Surinam, ont des plans de paiements échelonnés.

272. L'Argentine devait \$19,4 millions dont \$8,7 millions concernaient 2002 et les années précédentes. En 2005, le pays avait effectué des paiements de l'ordre de \$5,5 millions et était donc en règle avec son plan de paiements échelonnés. Le Paraguay devait \$575 000 dont \$75 000 remontant à 2002. Jusqu'à présent pour 2005, le pays avait versé \$34 992. Un paiement minimum de \$74 543 était nécessaire avant l'ouverture du Conseil directeur ou le Paraguay serait soumis aux restrictions de vote dont il est question dans l'Article 6.B. Le Pérou devait environ \$1,4 million dont \$343 000 pour 2002. Aucun paiement n'avait été fait jusqu'à présent en 2005 et ce pays devait payer \$342 980 avant l'ouverture du 46^e Conseil directeur ou risquait de perdre son droit de vote. Le Surinam devait environ \$283 000 dont \$102 000 pour 2002 et les années précédentes. Conformément à son plan de paiement échelonné, le pays devait verser un total de \$100 420 dont un restant de \$10 420 pour 2004 et \$90 000 pour 2005. Des discussions étaient en cours avec le gouvernement mais aucun paiement n'avait été effectué jusqu'à présent en 2005.

273. Le Secrétariat a noté avec satisfaction que trois pays n'étaient plus soumis aux dispositions de l'Article 6.B puisqu'ils avaient effectué des paiements conforme à leurs plans de paiements échelonnés : Cuba, République dominicaine et Equateur. Cuba avait une bonne réputation en ce qui concernait le paiement échelonné et le plan actuel couvrait la période 2003-2008. La République dominicaine avait également fait les efforts pour se conformer au plan de paiement échelonné qui devait se terminer en 2007. L'Equateur avait rempli toutes ces conditions dans le cadre du plan et avait versé ses contributions de 2005 le 27 mai 2005.

274. Dans la discussion qui a suivi, le Comité a demandé que soient mises au clair les conditions de paiement des contributions en monnaie locale, les circonstances faisant que le Conseil directeur permette à un pays soumis à l'Article 6.B de garder ses droits de vote et la manière dont fonctionnaient les plans de paiements échelonnés. Les Membres ont également demandé comment le Secrétariat tenait compte des arriérés en faisant les projections budgétaires.

275. Le Délégué de l'Argentine regrettait que son pays reste sur la liste des pays avec des arriérés importants dans le paiement de leurs contributions. Par ailleurs, son pays se conformait à son plan de paiement ce qui lui permettait de réduire régulièrement sa dette et de maintenir sa position au sein de l'Organisation malgré la crise économique qu'il traversait ces dernières années. Il espérait que, lors des prochaines années, l'Argentine serait en mesure de régler ses dettes et payer sa contribution et ne figurerait donc plus sur la liste des pays soumis aux dispositions de l'Article 6.B.

276. Le Comité reconnaissait les efforts faits par l'Argentine et d'autres pays pour répondre à leurs obligations. On a insisté sur le fait que l'Organisation appartenait aux États Membres et que ces derniers avaient la responsabilité de la soutenir. On ne pouvait pas s'attendre à ce que l'OPS continue de fournir des services aux membres si ces derniers ne l'aidaient pas financièrement pour le faire. Un Membre a observé que ces dernières années, les fonds extrabudgétaires avait tendance à dépasser le montant des contributions aussi bien à l'OPS qu'à l'OMS. Certes ces fonds extrabudgétaires contribuent nettement au développement de la santé mais on ne pouvait pas compter sur ces fonds pour assurer le fonctionnement quotidien de l'Organisation. Celle-ci dépendait du paiement à temps des contributions des Membres pour payer ses dépenses de fonctionnement. Un autre Membre se demandait quelles seraient les conséquences possibles de la nouvelle politique budgétaire de l'Organisation sur le paiement des contributions et le recouvrement des arriérés. Elle a remarqué qu'un certain nombre de pays auront des allocations moindres une fois qu'est appliquée la politique pour l'exercice biennal 2006-2007 et cela ne risquerait-il pas de les décourager de s'acquitter de leurs arriérés surtout si ceux-ci étaient importants.

277. Répondant à ce dernier point, le Directeur a indiqué que le Secrétariat avait cherché par le truchement des exercices CCS et dans d'autres conversations avec les dirigeants des pays de montrer la valeur de l'appartenance au « club OPS » non seulement en ce qui concerne le montant reçu du budget ordinaire mais aussi tous les avantages liés à la participation à l'OPS : services des centres collaborateurs de l'OMS/OPS et des centres panaméricains, échange d'informations et services d'experts, projets extrabudgétaires et accès au Fonds renouvelable d'achat des vaccins, à la bibliothèque virtuelle de la santé et autres « biens régionaux ».

278. Mme Frahler en réponse à la question concernant le paiement des contributions en monnaie locale a rappelé que le 45^e Conseil directeur avait approuvé le paiement en monnaie locale avec plusieurs conditions. Premièrement, les pays doivent notifier à

l'avance le Directeur de leur intention de payer en monnaie locale. Ensuite, le Secrétariat allait si le Bureau du représentant de l'OPS/OMS dans le pays avait la capacité d'absorber le paiement en monnaie locale et dans l'affirmative, le pays recevrait un crédit pour l'équivalent en dollars américains basé sur le taux de change des Nations Unies. Si le bureau du représentant n'était pas en mesure d'absorber l'intégralité ou une partie du paiement en monnaie locale, tous les fonds excédentaires seraient transférés au Siège de l'OPS et les États Membres recevraient un crédit pour le paiement de leurs contributions exactement du montant versé au compte bancaire de l'Organisation en fonction du taux de change sur le marché. Ainsi on vérifiait que l'OPS ne serait pas perdante suite aux fluctuations du taux de change.

279. Concernant les plans de paiements échelonnés, elle a expliqué que c'était une option offerte aux pays qui rencontraient des difficultés pour payer à temps leurs contributions. Le 44^e Conseil directeur avait demandé que ces plans ne dépassent pas une durée de cinq ans.³ Lors de la première année de ce plan, l'État Membre paiera uniquement la contribution de cette année pour ne pas accumuler encore plus d'arriérés. Lors de chaque année suivante, le pays doit verser sa contribution et payer un pourcentage de ses arriérés afin d'arriver à régler sa dette à la fin de la période de cinq ans. Le plan des paiements échelonnés s'est avéré un outil très efficace pour augmenter le recouvrement des contributions et des arriérés. Quant aux circonstances dans lesquelles un pays soumis à l'Article 6,B pourrait garder son droit de vote, le Conseil directeur nomme chaque année un comité avec trois membres pour évaluer la situation des pays qui se trouvent dans cette position. Si à l'avis du comité, le pays se trouve dans l'incapacité de payer pour des circonstances qui n'entrent pas dans son contrôle, il pourra recommander au Conseil directeur de lui laisser son droit de vote.

280. Quant à la question de savoir comment le Secrétariat aborde les arriérés en élaborant son budget, elle a expliqué que d'après les critères comptables des Nations Unies, l'OPS doit assumer que toutes les contributions seront versées. Aussi, les chiffres qui figurent dans les états financiers de l'Organisation reflètent-ils le paiement total. Par contre, les états financiers comprennent également une clause en cas de retard de paiement des contributions. Toute contribution qui n'a pas été reçue à la fin de la seconde année d'un exercice biennal sera classée dans cette clause des retards. Normalement, l'Organisation reçoit 85% à 90% des contributions de l'année courante et le restant est versé plus tard sous forme de paiements d'arriérés. La seconde année de l'exercice biennal, vers le milieu de l'année, Mme Frahler et son personnel effectuent analyse, s'inspirant des consultations avec les gouvernements par l'intermédiaire des bureaux des représentants, des contributions que pouvait espérer l'Organisation pendant le reste de l'année et ils présentent chaque mois leurs estimations au Directeur. A la fin de l'exercice biennal, le Directeur décide ensuite du montant à déduire lors du prochain exercice.

³ Résolution CD44.R3

281. Le Directeur a ajouté qu'une certaine proportion, généralement 5% à 10% était gardée pour les allocations de programmes en fonction de l'examen de la situation dans la Région et des estimations des paiements des contributions. Si une plus grande somme est versée que celle prévue, alors une partie de ces fonds réservés peuvent être débloqués. De plus, le Secrétariat a d'autres moyens de prédire et de réguler la disponibilité des fonds notamment par « l'intelligence politique » - à savoir l'analyse des circonstances et tendances politiques dans la Région qui pourraient influencer le versement des contributions. On note par exemple une baisse dans les contributions au moment des élections nationales et une hausse juste avant la session de juin du Comité exécutif. Le Secrétariat pouvait donc prévoir le moment de certaines dépenses en remettant à plus tard telle nomination à un poste vacant, en gardant un peu plus longtemps le personnel en âge de prendre sa retraite afin de remettre à plus tard le paiement des primes de rapatriement et autres mesures administratives. Il existe donc plusieurs manières d'éviter les problèmes de trésorerie dus aux retards du versement des contributions.

282. Le Comité a adopté la Résolution CE136.R4 exhortant tous les États Membres de s'acquitter aussi rapidement que possible de leurs contributions et recommandant au Conseil directeur d'appliquer strictement les dispositions de l'Article 6.B aux pays qui n'ont pas effectué de paiement pour leur contribution ou qui n'observaient pas les plans de paiements échelonnés. Le Comité a également demandé au Directeur de continuer à étudier les mécanismes contribuant au paiement ponctuel des contributions par les États Membres.

Rapport financier intérimaire du Directeur (document officiel 320)

283. Mme Frahler a également présenté le *Document officiel 320* qui comprend le rapport intérimaire du Directeur sur les transactions financières de l'OPS pour la période allant du 1^{er} janvier au 31 décembre 2004 et les états financiers pour le Centre d'épidémiologie des Caraïbes (CAREC), le Centre de l'alimentation et de la nutrition (CFNI) et L'Institut de nutrition d'Amérique centrale et de Panama (INCAP). Tel que de coutume pour un rapport intérimaire, le document n'était pas accompagné des recommandations de l'Auditeur externe.

284. En 2004, les recettes totales de l'Organisation provenant de toutes les sources sont de l'ordre de \$361 millions et les dépenses s'élevaient à un total de \$375 millions. Les dépenses du budget-programme de l'OPS étaient de \$81 millions soit 22% du total. Les fonds fiduciaires des partenaires et des bailleurs de fonds représentaient \$63 millions ou 17% alors que les dépenses les plus importantes concernaient l'achat de vaccins pour le compte des États Membres par le biais du Fonds renouvelable pour l'achat de vaccins du Programme élargi de vaccinations, représentant \$153 millions soit 41% du total. (Les \$4,2 millions provenant des coûts de soutien au programme pour le Fonds du PEV en 2004 portaient à \$30,5 millions le capital du Fonds).

285. En 2004, l'Organisation avait reçu \$50,2 millions pour les contributions de l'année actuelle et \$30,4 millions pour les années précédentes. Aussi existe-t-il un déficit par rapport aux revenus budgétisés des contributions de l'ordre de \$11,6 millions soit 14%. L'encours des contributions a légèrement augmenté passant à \$70 millions avec \$61 millions ou 87% au titre d'arriérés de quatre États Membres.

286. Les recettes diverses n'étaient que de \$2,5 millions par rapport au montant budgétisé de \$6,75 millions suite aux faibles taux d'intérêt aux États-Unis et dans d'autres pays.

287. Le Directeur a instauré de strictes mesures de contrôle et d'examen pour s'assurer que les recettes du Budget ordinaire seraient suffisantes pour couvrir les dépenses. Par conséquent, les dépenses ordinaires du budget-programme en 2004 s'élevaient à 81,2 millions, soit une diminution de \$12,3 millions ou 14% en comparaison avec le montant budgétisé. Cette diminution est liée essentiellement à la restructuration des processus, d'où des réductions de postes, l'informatisation des rapports et processus financiers, l'utilisation de nouvelles technologies d'information ainsi que la renégociation avec l'OMS concernant la part de l'OPS pour les primes d'assurance des anciens employés de l'OMS. Le téléchargement de nuit de l'information financière de tous les bureaux de pays au Siège qui en disposait ainsi le lendemain relève d'une innovation qui a permis à toutes les parties concernées de disposer de suite le lendemain de l'information nécessaire. Le contrôle des dépenses avait permis au Directeur de minimiser le déficit de l'Organisation en 2004 en le maintenant à \$3,65 millions et en le finançant avec les crédits du Fonds de roulement qui avait baissé à \$15 millions – son plafond autorisé étant à l'époque (en date du 31 décembre 2002), puis à \$11,6 millions à la fin de 2003 puis à \$7,96 millions le 31 décembre 2004.

288. L'allocation de l'OMS était de \$40,2 millions avec \$32,4 millions pour les activités du budget-programme, \$6,6 millions pour le Fonds volontaire de la promotion de la santé, \$337 000 pour le programme des responsables professionnels associés et le Fonds fiduciaire de santé Sasakawa et \$863 000 pour le Fonds IT et d'autres projets.

289. Les ressources des fonds fiduciaires sont des fonds reçus des États Membres, des gouvernements non membres, des organisations internationales et des institutions des secteurs public et privé. Ces fonds sont octroyés pour des objectifs bien précis dans le cadre d'accords de projets définissant le niveau de soutien financier et le rôle de l'OPS au niveau de l'assistance technique devant être apportée. Au début de 2004, le montant disponible pour ces projets était de \$33 millions. En plus, \$72 millions ont été reçus pendant l'année représentant une augmentation de 36% par rapport à l'année précédente et le niveau le plus élevé de financement des bailleurs de fonds/partenaires que l'Organisation ait jamais reçu.

290. Les états financiers de CAREC indiquent qu'en 2004 ses recettes avaient dépassé ses dépenses de l'ordre de \$285 000, augmentant son Fonds renouvelable à \$1,2 million.

Les contributions des États Membres, en date du 31 décembre 2004, ont diminué à \$2,2 millions – de leur niveau de \$4,2 millions à la fin de 2002- le facteur le plus important étant le paiement des contributions de Trinité et Tobago. CAREC a reçu \$2,5 millions des partenaires et bailleurs de fonds pour des projets spécifiques dont \$2,1 millions destinés au Projet de prévention et de contrôle du VIH/SIDA.

291. Les états financiers du CFNI indiquent un déficit de \$30 200 avec un déficit cumulatif augmentant donc à \$435 000. Le retard du versement de \$1,2 million en contributions des États Membres des Caraïbes s'est fait ressentir dans la position financière du CFNI. Le Directeur de l'OPS a réuni un Groupe de travail pour analyser les actions nécessaires pour redresser le déficit. En 2004, le CFNI a reçu \$663 000 pour les projets du fonds fiduciaire essentiellement pour la nutrition et la lutte contre le VIH/SIDA dans les Caraïbes, le renforcement de la salubrité alimentaire dans les Caraïbes et la prise en charge nutritionnelle du diabète.

292. L'INCAP a maintenu sa solide position financière en vérifiant que les dépenses étaient conformes aux recettes provenant du recouvrement des contributions. Le recouvrement des contributions s'est amélioré avec des arriérés qui s'élevaient uniquement à \$101 000. Aussi, le Fond renouvelable de l'INCAP avait-il gardé un niveau de 1 million. L'Institut avait reçu \$1 million en recettes pour le fonds fiduciaire, surtout pour améliorer la nutrition et mettre au point des aliments enrichis et son Fonds de dotation avait un solde de \$360 000.

293. En réponse aux questions des Membres, Mme Frahler a indiqué que les positions financières de CAREC, CFNI et INCAP sont signalées chaque année car ces trois centres comptaient sur leurs propres contributions provenant de leurs États Membres. Les autres centres pour lesquels ce n'était pas le cas ne faisaient leur compte rendu que tous les deux ans.

294. Le Comité a pris note du rapport financier intérimaire.

Rapport sur les activités des Services de contrôle interne (document CE136/21)

295. M. Kenneth Langford (Directeur, Bureau des Services de contrôle interne, OMS) a présenté le compte rendu des activités des Services de contrôle interne (IOS) en relation avec l'OPS pour l'année civile 2004. Il a expliqué que le Bureau était une entité indépendante et objective de nature consultative visant à rehausser et à améliorer les opérations de l'Organisation. Elle a aidé l'OMS et l'OPS à atteindre leurs objectifs en évaluant et en améliorant l'efficacité des processus sous l'angle gestion du risque, contrôle et gouvernance. L'IOS a fait des enquêtes des allégations d'activités irrégulières et a réalisé des évaluations de programme. Au sein de l'OPS, le Bureau des Services de contrôle interne était responsable des audits internes stipulés dans l'Article 12.1 du règlement financier de l'OPS. L'IOS recevait directement les plaintes des membres du personnel concernant toute fraude ou autre activité irrégulière. L'équipe de Washington

compte deux auditeurs aidés dans leur travail par le personnel IOS à Genève. Les auditeurs à Washington s'occupent essentiel de la gestion du risque et du contrôle dans les domaines financiers et administratifs alors que le personnel de Genève se concentre davantage sur l'évaluation, les enquêtes et l'audit de performance à l'OPS.

296. Se basant sur les résultats des activités du Bureau en 2004, les auditeurs étaient d'avis que les processus de gestion de risque, de contrôle et de gouvernance du Secrétariat conféraient à l'OPS une bonne protection et que tout problème dans la réalisation des objectifs de l'Organisation serait détecté ou évité. Par contre, les audits de 2004 ont mis à jour des risques et problèmes qu'il s'agissait de traiter. Le Document CE136/21 en fait état.

297. Les Fonds de l'Organisation servant aux achats notamment le Fonds renouvelable pour l'achat de vaccins représentent un domaine examiné en 2004. L'examen s'est penché sur la gestion du Fonds, notamment la planification, la mise en œuvre du programme, la fiabilité de l'information, la communication et le suivi. Certains risques ont été détectés mais il avait le plaisir pourtant d'annoncer que l'audit avait constaté que le Fonds avait atteint ses objectifs et continuait à fonctionner efficacement. Il a noté que cette activité sur les fonds servant aux achats dans les Amériques était la première d'une série d'audits sur la performance du programme. Fort de nouveaux membres professionnels spécialisés dans les domaines techniques de la santé publique qui sont venus s'ajouter à son personnel, le Bureau dispose à présent de la capacité accrue pour revoir les activités essentielles de l'OPS aussi bien du point de vue gestion que sous l'angle technique.

298. L'IOS a terminé des examens de contrôle financier et administratif dans deux bureaux de pays – Guatemala et Haïti- pendant cette année. D'autres audits au niveau des bureaux de pays sont prévus pour 2005 et le Bureau prévoit également de continuer les visites dans les bureaux de terrain en fonction de l'évaluation actuelle des risques. Enfin, le Bureau a fait une évaluation du Programme des Bourses de l'OMS dans lequel l'OPS joue un rôle. Le but de l'évaluation thématique global était d'évaluer l'apport que faisaient les bourses dans le développement des capacités nationales des ressources sanitaires et humaines. Le Bureau était certain que la combinaison d'analyses quantitatives et qualitatives, l'éventail des parties concernées interviewées et les divers documents revus dressent un tableau valide et fiable des forces et faiblesses du programme. Certes, les bourses accordées par le programme présentent des avantages considérables pour les bénéficiaires et elles ont aidé à mettre sur pied un groupe de ressources humaines qualifiées et à renforcer les systèmes de santé dans divers pays mais il n'en reste pas moins important de parer aux vulnérabilités et lacunes décrites dans le rapport pour s'assurer que le potentiel entier des bourses soit réalisé et que ces ressources précieuses ne soient pas gaspillées.

299. Le Comité exécutif a fait bon accueil au rapport et sera heureux de recevoir les mises à jour sur l'application des recommandations faites par le Bureau des Services de

contrôle interne. Le Comité était également content de noter que le Bureau à l'OPS comptait à présent un personnel complet. Les Membres ont noté avec préoccupation les risques dont fait état le document et peuvent entraver l'efficacité du Fonds de roulement pour l'achat des vaccins et ont demandé qu'on règle cette situation dans les meilleurs délais. D'autres informations ont été demandées notamment sur la réorganisation du service de vaccinations et les effets que cela pourrait avoir sur le Fonds de roulement. On a fait ressortir toute l'importance de ce Fonds pour maintenir la couverture vaccinale – surtout en ce qui concerne les petits pays. De même, les délégués ont noté que le personnel de santé des petits pays dépendaient fortement des bourses de l'OPS pour pouvoir suivre des formations spécialisées et apporter ainsi une attention rapide aux problèmes détectés dans le rapport de l'audit. On a également demandé à M. Langford d'expliquer davantage les problèmes notés au niveau de la sélection objective des candidats. On lui a également demandé de faire des commentaires sur les problèmes mis à jour par les examens des deux pays de bureaux et d'expliquer comment le travail de l'IOS est relié au travail de l'Auditeur externe.

300. Le Président a indiqué que l'IOS était une branche qui s'assurait que les recommandations de l'Auditeur externe étaient effectivement mises en œuvre et que le Comité pouvait donc demander à ce bureau de faire une évaluation pour déterminer dans quelle mesure les recommandations étaient mises en œuvre et quel était le statut des divers autres changements en cours au sein de l'Organisation.

301. M. Langford a indiqué qu'une telle évaluation entrait certainement dans la portée et la mission de son bureau. Concernant les liens avec l'auditeur externe, il a noté que par le passé, les Services de contrôle interne avaient souvent fait double emploi avec certains aspects du travail de l'Auditeur externe mais qu'à présent la division est bien plus claire entre les fonctions de l'audit externe et interne. Le travail de l'IOS avait évolué et se concentrait bien davantage à présent sur les questions gestionnaires et programmatiques alors que la mission de l'Auditeur externe consistait de fait à donner une opinion sur la validité des états financiers de l'Organisation. L'IOS communiquait à l'Auditeur externe des copies de tous ces rapports et à présent que son personnel était au complet et que le Bureau était entièrement opérationnel le personnel se réunira très probablement avec l'Auditeur externe de l'OPS, au moins deux fois par an, pour discuter de leurs plans de travail respectifs.

302. En ce qui concerne les audits des deux bureaux de pays, ils avaient été effectués une année avant la date prévue à la demande de l'OPS. Les faiblesses notées dans les deux cas étaient analogues à certains égards concernant la gestion financière. D'autres aspects étaient nettement différents. Dans le cas du Bureau en Haïti, on constate que le programme des médicaments essentiels ne dispose pas des capacités nécessaires en ce qui concerne la comptabilité et la gestion financière. L'audit a également mis à jour des problèmes au niveau des fiches de contrôle de stock. Des mesures ont été prises depuis l'audit pour remédier à la situation. Par ailleurs, au Guatemala, l'audit s'est concentré

davantage sur les activités contractuelles. L'IOS continuera à revoir l'observance des règles concernant les contrats dans ce bureau.

303. Répondant aux questions sur le programme des bourses, il a noté que le rapport de l'audit mentionnait comme un de ces critiques que le programme des bourses ne devait pas être vu comme un programme à part qui est séparé des autres. Il doit être pris comme un instrument servant au renforcement des ressources humaines pour la santé. En effet, il arrive trop souvent que les bourses soient données pour des raisons politiques ou de manière compétitive sans que l'on vise rationnellement à renforcer les ressources humaines pour la santé. L'utilisation des bénéficiaires de ces bourses une fois de retour dans leur pays est une autre faiblesse de ce programme. Un rapport de suivi sur l'évaluation du Programme des bourses sera présenté au Comité exécutif de l'OMS en janvier 2006 et un rapport analogue pourra être présenté au Comité exécutif de l'OPS si les membres le souhaitent.

304. Le Directeur en réponse aux commentaires et questions sur le Fonds de roulement pour l'achat des vaccins a indiqué que le service des vaccinations avait connu certains changements en 2003 notamment un changement de nom mais il n'avait pas été vraiment réorganisé. Les changements introduits n'affectaient nullement le fonctionnement du Fonds de roulement. A son avis trois obstacles entravaient le bon fonctionnement continu du Fonds : la réduction dans le nombre de fournisseurs de vaccins, le coût élevé des nouveaux produits biologiques et le maintien de la solidarité panaméricaine. En ce qui concerne ce dernier point, elle a mis en avant toute l'importance que revêtait une participation continue au Fonds de la part de pays qui faisaient des achats en grande quantité. En effet la capacité du Fonds à négocier des prix plus faibles des vaccins dépendait du volume et si un acheteur important quittait le Fonds, l'impact serait ressenti par tous les autres pays participant mais surtout pour ceux qui étaient de petits acheteurs avec une capacité limitée de négociation.

305. La réduction du nombre de fournisseurs de vaccins a donné lieu à de vives préoccupations car elle diminue la disponibilité des vaccins et fragilise le marché qui devient vulnérable à tout problème pouvant se présenter tel que les problèmes de qualité à l'origine de la grave pénurie de vaccins anti-grippe aux États-Unis au début de l'année. Le coût élevé de nouveaux produits biologiques tel que le vaccin rotavirus est un autre sujet de préoccupation. Bien des pays souhaitaient l'introduire dans leurs programmes de vaccination et pour permettre aux pays d'obtenir ces nouveaux vaccins chers par le biais du Fonds de roulement, l'OPS cherchait à augmenter les capitaux du Fonds de \$5 millions au minimum et par conséquent l'Organisation en appelait aux fondations philanthropiques et bailleurs de fonds leur de demandant de faire des dons au Fonds.

306. Le Comité n'a pas adopté de résolution tout spécifiquement sur ce point de l'ordre du jour. Toutefois dans sa Résolution CE136.R3, il a demandé aux Services de contrôle interne de l'OPA de faire le compte rendu annuel au Comité exécutif.

Questions relatives au personnel

Ressources humaines (documents CE136/22, CE136/INF/7, et CE136/INF/7, Add. I)

Amendements au Règlement du BSP et Rapport annuel sur les ressources humaines

307. M. Philip MacMillan (Responsable, Gestion des ressources humaines, OPS) a récapitulé les amendements proposés au Règlement du personnel présenté en Annexe 1 du Document CE136/22 que devait confirmer le Comité exécutif. Il a expliqué que certains des changements proposés s'avéraient nécessaires pour rester conforme aux amendements faits par l'Organisation mondiale de la Santé et ont déjà été confirmés par le Conseil exécutif de l'OMS lors de sa 115^e Session en janvier 2005. Le Secrétariat proposait également un certain nombre d'amendements supplémentaires en vue de répondre entièrement aux recommandations faites par l'Auditeur externe en 2004 et pour faciliter une bonne gestion du personnel.

308. Les amendements proposés pour rester conforme à l'OMS et à d'autres organisations dans le système commun des Nations Unies concernaient la rémunération du personnel dans les catégories professionnelles et supérieures, les salaires du Directeur adjoint, du Sous-Directeur et du Directeur ; les dons d'éducation et d'éducation spéciales pour les enfants des membres du personnel ; les congés de paternité ; les nominations temporaires ; les promotions ; les dons de rapatriement et le transfert des affaires personnelles ; le paiement des allocations décès aux bénéficiaires du membre et les conditions autorisant un congé spécial ou encore celles demandant qu'un membre du personnel soit placé en congé spécial.

309. Quant à l'amendement proposé, conformément aux efforts faits par le Secrétariat pour répondre complètement aux recommandations de l'Auditeur externe concernant le renforcement de la responsabilisation individuelle et institutionnelle, on a accordé une attention toute spéciale à l'examen des règles afférentes au comportement du personnel. Ainsi on a mis au clair les normes de conduite applicables au personnel, les dispositions régissant les conflits d'intérêt ont été renforcées, la définition de mauvaise conduite a été élargie et la gamme de mesures disciplinaires a été étendue pour traiter les cas de faute professionnelle. En outre, le Secrétariat proposait un amendement aux règles et réglementations concernant les dons et allocations du personnel travaillant dans un endroit autre que son lieu de résidence, la période d'essai pour le personnel de l'OMS nommé à un poste à l'OPS, les primes de départ lorsque l'affectation d'un membre du personnel se terminait ou si on y mettait fin, les relations direction-personnel, les procédures pour le personnel souhaitant exercer son droit à faire appel face à telle action ou décision administrative affectant sa nomination et la présentation à la compétence du tribunal local pour la résolution des litiges impliquant le personnel national.

310. Concernant le rapport annuel sur les ressources humaines, M. MacMillan a invité le comité à revoir les Documents CE136/INF/7 et CE136/INF/7, Add.I, contenant le rapport annuel des ressources humaines pour 2004-2005 et notant qu'un tel rapport était présenté pour la première fois aux Organes directeurs. Les deux documents faisaient état des priorités et des activités en matière de gestion des ressources humaines de l'OPS et profil de la composition du personnel en mai 2005. Concluant sa présentation, il a indiqué que les amendements proposés au Règlement du personnel avaient été communiqués à l'OMS et qu'on avait consulté à ce propos l'Association du personnel de l'OPS qui soutenait les changements proposés.

311. Le Comité a exprimé son soutien aux amendements proposés notant qu'un grand nombre d'entre eux permettraient de rendre plus transparente la gestion des ressources humaines surtout celles se rapportant aux fautes professionnelles et aux procédures disciplinaires. Le Comité a également noté qu'un certain nombre de changements proposés correspondaient aux recommandations du Groupe de travail pour l'OPS au 21^e siècle. On a proposé que lorsque le Groupe de travail aura finalisé ses recommandations, une analyse intégrale soit faite pour vérifier que les recommandations relatives aux ressources humaines sont entièrement mises en œuvre.

312. En réponse aux questions posées par un Membre, M. MacMillan a indiqué que la section dans le Règlement concernant les conflits d'intérêt stipulait à présent que certains membres du personnel et membres de la famille devaient soumettre une déclaration d'intérêt. La liste de ceux qui devront présenter cette déclaration serait communiquée au personnel par le bureau du Conseiller juridique. Il a également expliqué les dispositions de l'Article 380.3.2 du personnel concernant la date où prend effet une diminution du salaire du personnel expliquant que ces réductions salariales étaient généralement dues à une réduction du grade. Aux termes de la loi actuelle, ces réductions prennent effet le premier jour du mois qui suit la fin de la période du préavis qui doit être donné. Le Secrétariat ne recommandait aucun changement dans cette disposition car si le changement prenait effet à la date de notification du membre du personnel, il faudrait peut-être récupérer un salaire déjà versé au membre du personnel. Tel que le Comité le savait bien, ce n'est pas chose facile de demander qu'un salaire soit reversé. Par ailleurs, il aimerait recommander que la référence à la période de préavis soit supprimée car aucun préavis n'est nécessaire pour les réductions salariales. Il propose de libeller la règle dans les termes suivants : « toute diminution entrera en vigueur le premier du mois suivant la notification du membre du personnel de la décision de le faire reculer en grade et/ou de baisser son niveau salarial. »

313. Le Comité a approuvé le changement proposé et a adopté la Résolution CE136.R10 confirmant les amendements proposés au Règlement du personnel et fixant les salaires du Directeur adjoint et du Sous-Directeur ainsi que la Résolution CE136.R9 fixant le salaire du Directeur et approuvant les amendements au Règlement du personnel

concernant les mécanismes de résolution de litige disponibles pour les employés nationaux.

Déclaration de la Représentante de l'Association du personnel du BSP (document CE136/23)

314. Mme Olga Carolina Bascones (Président, Association du personnel du BSP) a récapitulé les questions que l'Association du personnel portait à l'attention du Comité exécutif lors de sa 136^e Session. Ces questions se rapportaient au renforcement du cadre institutionnel favorisant un climat de travail qui permettrait au personnel de maintenir ses conditions de travail lors de l'exécution de ses activités conformément à la mission de l'Organisation.

315. L'Association du personnel a aidé à susciter des changements institutionnels et à mettre en œuvre les recommandations de l'Auditeur externe. Elle a également soutenu la politique en matière d'harcèlement sur les lieux du travail, la définition du poste de négociateur et la mise d'un code de conduite déontologique du personnel. L'Association du personnel soutient pleinement et s'est engagée à soutenir deux des initiatives de ROADMPAP pour la transformation institutionnelle : Normes de responsabilisation et Initiative de Transparence et l'Initiative de la stratégie des Ressources humaines.

316. Certes, des progrès ont été faits pour améliorer la gouvernance et les procédures légales/défense des droits du personnel, l'Association du personnel pensait qu'il n'en restait pas moins nécessaire d'accélérer la cadence des changements notamment en ce qui concerne le recrutement du personnel à court terme et des consultants. Le Document CE136/23 avance les raisons pour lesquelles l'Association pense que c'est une priorité et qu'il est absolument nécessaire de recruter le personnel à court terme dans le cadre d'une procédure compétitive avec représentation de l'Association du personnel dans les comités de sélection. En effet, l'Association du personnel pense depuis longtemps qu'elle devrait être représentée dans tous les comités de sélection et c'est donc avec satisfaction qu'elle note la décision récente du Directeur d'autoriser sa représentation dans les comités s'occupant de la sélection des cadres supérieurs aux postes P5 et au-dessus. Cette décision rapproche l'OPS de la politique de l'OMS concernant cette question.

317. L'Association du personnel était également préoccupée par les contrats passés avec les personnes à la retraite. Depuis 1985 l'Association défend la même position. A savoir que le recrutement systématique du personnel à la retraite n'est pas une bonne pratique et que l'OPS devrait se donner une politique claire à ce propos. En effet, le fait de recruter à nouveau les personnes parties à la retraite comportait de sérieuses implications non seulement cela empêchait-il de recruter de nouvelles personnes plus jeunes mais de plus, les personnes à la retraite ne contribuaient plus au fonds des pensions de retraite pendant leur emploi et par conséquent cela faisait baisser les fonds qui serviraient par la suite à payer les retraites du personnel actuel.

318. En ce qui concerne l'évaluation de la performance, l'Association du personnel était en faveur de l'approche 360 degrés voulant que la performance du personnel et de la direction serait évaluée de sorte à tenir compte des relations professionnelles de la personne non seulement avec son superviseur mais aussi avec ses subordonnés et ses pairs. L'Association du personnel soutenait pleinement l'adoption de la politique proposée par l'OPS sur l'égalité entre les sexes.

319. En conclusion, elle demandait au Comité de vérifier que toute action qui serait prise et qui pouvait avoir des conséquences pour le personnel par exemple la décision quant à l'avenir des centres panaméricains serait prise en fonction de politiques bien claires qui respectaient l'intégrité du personnel et garantissaient ses droits. Elle a remercié le Dr Steiger, représentant du Comité exécutif, d'avoir soutenu le personnel pour qu'il ait voix au chapitre dans le processus de mise en œuvre des recommandations de l'Auditeur externe. Elle a également remercié les autres Membres qui ont consulté le personnel pour lui demander son avis quant à diverses questions et a assuré le Comité que l'Association du personnel continuerait à soutenir et à prendre part à la transformation en cours de l'Organisation.

320. Le Comité a remercié Mme Bascones de son compte rendu, exprimant son soutien pour l'Association du personnel et le remerciant de sa contribution au bon fonctionnement de l'Organisation. Il a remarqué qu'un certain nombre des préoccupations soulevées par l'Association du personnel se rapportaient à des questions également retenues par l'Auditeur externe dans son rapport spécial de 2004 et par le Groupe de travail pour l'OPS au 21^e siècle. Le Comité a indiqué qu'un grand nombre de ces aspects étaient dans le cadre du changement institutionnel de la Carte routière mais que les liens n'étaient toujours évidents entre les actions prises par le Secrétariat et les préoccupations particulières de l'Association du personnel. C'est la raison pour laquelle le Comité a suggéré que les futurs rapports du Domaine de la gestion des Ressources humaines donnent une réponse explicite à chacune des préoccupations soulevées par l'Association du personnel dans sa déclaration.

321. M. MacMillan a félicité l'Association du personnel pour tout son travail, ses idées et sa collaboration visant à améliorer les pratiques liées au personnel au sein de l'Organisation. Il a assuré le Comité que l'administration travaillait en étroite collaboration avec l'Association du personnel dans le cadre de diverses initiatives visant à répondre aux problèmes susmentionnés. Le Secrétariat préparerait un document pour le Conseil directeur qui indiquerait les mesures prévues par rapport à chaque aspect. Il a noté que le Secrétariat avait créé récemment le poste de Responsable de politique dans le Domaine de la Gestion des Ressources humaines pensant qu'il était effectivement nécessaire d'avoir un membre du personnel qui pouvait consacrer toute son attention aux questions relatives au personnel et à la formulation de politiques connexes. La personne recrutée pour ce poste qui commencerait son travail début juillet sera ainsi en mesure d'expédier la résolution des questions soulevées par l'Association du Personnel.

322. Il a convenu que la procédure du recrutement de consultants à court terme devait effectivement se faire dans un climat plus compétitif et a indiqué à ce propos que le Secrétariat allait finaliser la politique à cet effet à temps pour la présenter au 46^e Conseil directeur. Par ailleurs, avant même que la politique ne soit en place, le Secrétariat allait prendre des mesures pour corriger les problèmes identifiés par l'Auditeur externe et l'Association du personnel. A cet effet, il avait commencé à faire des offres d'emploi et à recruter les candidats pour un grand nombre de postes temporaires en suivant la même procédure qu'il utilisait dans le cas des postes fixes. Concernant la question du recrutement des personnes parties à la retraite, il n'était pas d'accord avec l'Association du personnel pour dire qu'il s'agissait d'une pratique systématique. De fait, l'Organisation employait actuellement 15 personnes à la retraite sur un nombre total de retraités de l'ordre de 2000 personnes. S'il existait effectivement quelques personnes recrutées à nouveau après avoir pris la retraite, continuant à travailler quelques années par la suite, cela ne justifiait certes pas le terme de systématique. Quel que soit le cas et tel que noté au début de la session, le Secrétariat était en train de réévaluer la pratique du recrutement des personnes à la retraite.

323. En ce qui concerne les évaluations de la performance de 360 degrés, il a convenu que l'Organisation devait effectivement améliorer son système de gestion de la performance et que l'une des approches consistait à prendre le mécanisme 360 degrés. En attendant, le Secrétariat prenait des mesures positives pour renforcer la planification et l'évaluation de la performance à deux égards : informatiser le processus et introduire la gestion de la performance axée sur la compétence. Normalement un système informatisé de gestion et d'évaluation de la performance pour tout le personnel devait être en place en janvier 2006.

324. Le Président a invité Mme Bascones a fait part des idées de l'Association du personnel en ce qui concerne la procédure de prise en charge des plaintes au sein de l'OPS. Mme Bascones a indiqué que l'Association du personnel tenait essentiellement à ce que les procédures soient bien claires pour notifier et donner suite aux plaintes et dilemmes éthiques surtout en ce qui concerne des manquements graves comme les fraudes. Le personnel devait savoir où il pouvait se rendre et connaître les personnes qu'il pouvait consulter s'il soupçonnait de tels actes sans craindre de mesures de rétorsion. A l'avis de l'Association du personnel, le système prévu devait disposer de plusieurs avocats et offrir de multiples options pour la résolution des doléances et des litiges, la mesure officielle devant rester si possible le dernier recours. Pour contribuer de manière plus constructive au processus de définir les procédures de prise en charge des plaintes pour l'Organisation, l'Association du personnel avait recruté avec ses propres ressources un stagiaire de l'Université de Georgetown à Washington DC pour l'aider à étudier les pratiques des autres organisations et trouver les options qui seraient adéquates pour l'OPS.

325. Le Comité exécutif a remercié Mme Bascones et a pris note du rapport.

Questions d'informations générales

Résolutions et autres actions de la Cinquante-huitième Assemblée mondiale de la Santé revêtant un intérêt pour le Comité exécutif de l'OPS (document CE136/25)

326. Dr. Philippe Lamy (Responsable, Politique de gouvernance et partenariats, OPS) a récapitulé les résolutions et autres actions de la Cinquante-huitième Assemblée mondiale de la Santé revêtant un intérêt pour le Comité exécutif de l'OPS. L'Assemblée s'est tenue à Genève en Suisse du 16 au 25 mai 2005. Des délégués de 28 États Membres des Amériques y ont assisté. Dr Miguel Fernández Galeano, Vice-Ministre de la Santé de l'Uruguay a été élu Vice-Président et le Dr Jerome Walcott, Ministre de la Santé de la Barbade a été élu Président du Comité B.

327. L'ordre du jour de l'Assemblée comptait 22 points dont 15 se rapportant aux politiques sanitaires et les sept restants aux questions administratives, budgétaires et institutionnelles. A l'instar des Assemblées précédentes, les questions ont été abordées dans les sessions plénières et les sessions des divers comités. L'Assemblée a adopté 34 Résolutions – 15 de plus qu'en 2004. Vingt sept d'entre elle concernent les États Membres des Amériques et le Bureau régional, 22 d'entre elles traitent des questions techniques et de politiques sanitaires et les cinq restantes concernent des questions budgétaires et de gestion. Le Dr Lamy a fait référence au tableau en Annexe du Document CE136/25, Rev.1, qui fait ressortir les liens entre les résolutions de l'Assemblée mondiale de la Santé et celles de l'OPS traitant du même thème et a indiqué que certaines des résolutions de l'Assemblée concernaient le paludisme et la tuberculose, questions dont discuterait le Comité exécutif lors de sa session actuelle.

328. Le Règlement sanitaire international constitue l'une des résolutions les plus importantes de l'Assemblée mondiale de la santé. Un long processus de consultation et de négociation s'était avéré nécessaire pour atteindre un consensus, surtout dans le cadre des réunions régionales et sous-régionales avant l'Assemblée. Il a rappelé que la Résolution CD43.R13 du Conseil directeur demandait aux États Membres de l'OPS de participer activement au processus de révision du Règlement sanitaire international. La Résolution WHA58.3 priait les États Membres de l'OMS de mettre en place, de renforcer et de maintenir les capacités aux termes des stipulations du Règlement sanitaire international et de mobiliser les fonds nécessaires à cette fin. Elle demandait également aux États Membres de soutenir les pays en développement et les pays avec des économies en transition au niveau de la mise en place et du renforcement des capacités en santé publiques stipulées dans le nouveau Règlement. Un rapport sur la mise en œuvre du nouveau Règlement devait être présenté en 2008 à l'Assemblée mondiale de la Santé. Le nouveau Règlement exerce de nombreuses demandes pour l'Organisation surtout au niveau des pays et des bureaux régionaux. Les capacités demandées en matière de surveillance et de réponse représentent un cadre de référence pour améliorer les capacités

des services nationaux de la santé et l'OPS formulera un plan d'action pour apporter le soutien nécessaire aux pays.

329. Notant l'importance du travail des missions des États Membres à Genève, il a indiqué que le Secrétariat entretenait une relation de plus en plus étroite avec ces missions et s'assurait qu'elles disposaient de toute l'information et la documentation nécessaire.

330. Le Président, prenant la parole au nom des États-Unis d'Amérique, a noté que son pays effectuait actuellement une étude couvrant ces cinq dernières années sur les progrès faits au niveau de la mise en œuvre des résolutions de l'Assemblée mondiale de la santé. Il présentera les résultats de cette étude au 46^e Conseil directeur. Il a également noté que son pays avait été élu président de GRUA (Groupe des Amériques) pour cette année et fait savoir que les États-Unis feraient tout ce qui est en leur pouvoir pour faciliter la communication d'information entre Genève et les pays de la Région.

331. Le Comité a pris note du rapport sur la Cinquante-huitième Assemblée mondiale de la Santé.

Autres questions

332. Les Délégués du Canada et des États-Unis d'Amérique en ont appelé à l'aide du Secrétariat pour que les documents au Conseil directeur soient distribués aussi tôt que possible. Le Délégué du Canada a indiqué que la distribution tardive des documents aux Organes directeurs était un problème constant et a souligné que les États Membres avaient besoin de ces documents bien avant les réunions pour qu'ils puissent les communiquer aux représentants concernés dans leur gouvernement afin d'obtenir leur avis. Sa délégation prenait suffisamment au sérieux ces retards envisageant de proposer de rayer de l'ordre du jour tout point pour lequel les délégués n'auront pas reçu à temps la documentation nécessaire. Le Canada pensait également que les dates limites pour recevoir ces documents devaient être étendus à six semaines avant l'ouverture de la session.

333. Tel qu'il l'avait indiqué auparavant dans la session et lors de sessions précédentes, tous les documents présentés pour la première fois aux Organes directeurs devaient comporter des informations sur les ressources consacrées au domaine ou à l'activité en question non seulement sur les ressources financières mais aussi sur les ressources humaines et le temps du personnel. Les documents devaient également indiquer l'impact que pouvaient avoir les activités de l'OPS sur les populations marginalisées surtout les groupes autochtones et les femmes.

334. Cherchant à simplifier l'examen des points de l'ordre du jour et laisser un temps amplement suffisant pour les discussions par les États Membres, le Canada a proposé une

limite de 10 minutes pour les présentations du Secrétariat lors des sessions aux Organes directeurs.

335. Le Délégué de Cuba a indiqué que son gouvernement aimerait suivre l'exemple de l'Argentine et inviter le Comité à venir dans son pays pour sa 138^e Session en juin 2006. Outre les avantages retirés d'une session qui se tient à l'extérieur du Siège, le fait de l'organiser à Cuba permettrait à tous les Membres de prendre connaissance personnellement du système de santé de ce pays et d'observer la collaboration entre l'OPS et Cuba, partenariat de longue date et qui a donné d'excellents résultats.

336. Le Directeur a remercié le Délégué de Cuba pour son invitation et demandera que soient les études de coût nécessaires pour tenir une session des Organes directeurs à l'extérieur du Siège de l'OPS. Concernant la distribution des documents, elle en faisait appel à la compréhension et magnanimité des délégués. Elle a noté par exemple que pour le budget, il était tout simplement impossible d'envoyer le document six semaines avant la session de juin du Comité exécutif. L'OPS ne pouvait pas finaliser son document budgétaire tant que le budget de l'OMS n'avait pas été approuvé et généralement cela se faisait fin mai. Par conséquent, l'OPS avait moins d'un mois pour préparer le document et le faire traduire dans toutes les langues officielles. Il serait très difficile pour le Secrétariat de terminer le rapport plus rapidement.

Clôture de la Session

337. Le Président a remercié une fois de plus le Gouvernement de l'Argentine pour avoir été l'hôte de la 136^e session et après les échanges habituels de courtoisie a déclaré la clôture officielle de la session.

Résolutions et Décisions

338. Les résolutions et décisions suivantes ont été adoptées par le Comité exécutif lors de sa 136^e Session:

Résolutions

CE136.R1 Organisations Non Gouvernementales en relations officielles avec L'OPS

LA 136^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant étudié le rapport du Comité permanent des Organisations non gouvernementales (document CE136/10, Add. I) ; et

Gardant à l'esprit les dispositions contenues dans les Principes régissant les relations entre l'Organisation panaméricaine de la Santé et les organisations non gouvernementales (1995, revues en 2000),

DÉCIDE :

1. D'autoriser la Confédération médicale d'Amérique latine et des Caraïbes (COMFEMEL) à entretenir des relations officielles avec l'OPS, étant entendu que les activités définies dans l'accord seront revues lors de la réunion du Comité permanent des ONG en 2007.
2. De poursuivre les relations officielles entre l'OPS et la Société américaine de microbiologie (ASM), l'Association interaméricaine d'ingénierie sanitaire et environnementale (AIDIS), la Fédération internationale du diabète (IDF), l'Association d'Amérique latine et des Caraïbes des écoles de santé publique (ALAESP), La Fédération latino-américaine de l'industrie pharmaceutique (FIFARMA), la *March of Dimes*, la Pharmacopée des États-Unis (USP), et l'Association mondiale de sexologie (WAS) pour une période de quatre ans.
3. De demander à la Directrice :
 - a) d'informer les ONG respectives des décisions prises par le Comité exécutif ;
 - b) de continuer à développer des relations de travail dynamiques avec les ONG interaméricaines présentant un intérêt pour l'Organisation dans des domaines qui correspondent aux priorités programmatiques que les Organes directeurs ont adoptées pour l'OPS ;
 - c) de continuer à encourager des relations entre les États Membres et les ONG travaillant dans le domaine de la santé.

(Neuvième séance, 24 juin 2005)

CE136.R2 Politique de l'OPS en matière d'égalité entre les sexes

LA 136^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant examiné la proposition de la Directrice sur l'application d'une politique de l'OPS en matière de genre (document CE136/8) ainsi que les recommandations du Sous-Comité sur la femme, la santé et le développement;

Ayant discuté amplement la question au cours de sa réunion,

DÉCIDE :

De recommander au Conseil directeur d'adopter une résolution dans l'esprit de ce qui suit :

LE 46^e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant examiné le document CD46/___ sur l'application d'une politique de l'OPS en matière d'égalité entre les sexes;

Tenant compte de la persistance des inégalités entre les sexes dans les domaines de la santé et du développement sur le continent américain;

Rappelant la Déclaration de Beijing (1995), les recommandations de Beijing Plus 10 (2005), et la Déclaration du Millénaire (2000);

Conscient de l'existence d'évidence acceptée internationalement qui indique que l'incorporation des critères d'égalité entre les sexes dans les politiques et programmes de santé répondent aux principes d'efficacité et de rentabilité dans la pratique de la santé publique;

Reconnaissant le débat sur une politique d'égalité entre les sexes de l'OMS et reconnaissant également l'adoption et l'application de politiques d'équité entre les sexes dans les États Membres, le système des Nations Unies et le système interaméricain; et

Notant le besoin de prendre toutes les mesures appropriées pour empêcher le trafic de personnes (femmes et filles) dans la Région, et éliminer la demande de ces femmes et ces filles; et reconnaissant que la pauvreté et l'inégalité entre les sexes sont les facteurs premiers qui encouragent ce trafic, en particulier celui des femmes et des filles;

DÉCIDE :

1. D'adopter la politique de l'OPS/OMS en matière d'équité entre les sexes.
2. De prier instamment les États Membres :
 - a) d'appliquer la politique d'égalité entre les sexes, en collaboration avec les secteurs gouvernementaux concernés, le système des Nations Unies, les agences interaméricaines et les parties prenantes de la société civile
 - b) de produire et d'analyser des données désagrégées par sexe et autres variables d'intérêt;

- c) d'inclure, quand il y a lieu, dans les estimations du financement national de la santé et des dépenses nationales de santé, les contributions non rémunérées des femmes et des hommes au système de soins de santé;
 - d) d'incorporer une perspective d'égalité entre les sexes quand il y a lieu, dans le développement, le suivi et l'évaluation des politiques et des programmes, ainsi que dans les activités de recherche et de formation;
 - e) de rechercher la parité entre les sexes dans les domaines du recrutement et de l'avancement de carrière, y compris l'emploi à des positions impliquant la prise de décisions.
3. De demander à la Directrice dans la mesure des moyens financiers disponibles de :
- a) formuler un plan d'action pour l'application de la politique d'égalité entre les sexes, comprenant un système de suivi de la performance et de la responsabilisation;
 - b) donner priorité à la production et l'analyse de données, désagrégées par sexe et autres variables pertinentes;
 - c) incorporer l'approche du genre dans les politiques et les programmes de l'Organisation, incluant les activités de recherche et de formation;
 - d) développer des matériels et programmes de formation qui favorisent l'égalité entre les sexes;
 - e) appuyer les efforts accomplis par les États Membres et la société civile pour suivre l'impact des politiques et des programmes de santé sur l'égalité entre les sexes, ainsi que leur impact sur la réduction de la mortalité maternelle et la violence contre les femmes;
 - f) rechercher la parité entre les sexes dans les domaines du recrutement et de l'avancement de carrière, et dans l'emploi à des positions impliquant la prise de décisions au sein du Secrétariat;
 - g) inclure la parité des sexes dans les différents forums de politique et de gestion auxquels l'Organisation participe aux niveaux régional, sous-régional et national.

(Neuvième séance, 24 juin 2005)

***CE136.R3 Processus de renforcement Institutionnel du Bureau Sanitaire
Panaméricain***

LA 136^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant examiné le rapport du Groupe de travail sur l'OPS au 21^e siècle (document CE136/5),

DÉCIDE :

De recommander au Conseil directeur d'adopter une résolution dans l'esprit de ce qui suit :

LE 46^e CONSEIL DIRECTEUR,

Considérant les divers processus qui ont examiné systématiquement le fonctionnement de l'Organisation panaméricaine de la Santé dans le but de la renforcer pour mieux répondre aux besoins des États Membres ;

Gardant à l'esprit que le 44^e Conseil directeur de l'OPS a demandé au Comité exécutif de mettre sur pied un groupe de travail pour examiner la situation de l'OPS au 21^e siècle et de présenter un rapport ainsi que de faire des recommandations au Conseil directeur ;

Ayant examiné le rapport du Groupe de travail sur l'OPS au 21^e siècle (document CE136/5);

Ayant pris note du document CE136/14 « « Mise à jour sur les progrès du changement institutionnel au sein du Bureau sanitaire panaméricain, » et

Rappelant la résolution CE134.R5, demandant au Bureau sanitaire panaméricain de faire rapport régulièrement au Comité exécutif du travail du Bureau des services de contrôle interne de l'OMS, et la décision CE135(D7), concernant l'application des recommandations du rapport spécial du Vérificateur aux Comptes,

DÉCIDE :

1. De féliciter et de remercier le Groupe de travail sur l'OPS au 21^e siècle de son rapport.
2. De faire acte de reconnaissance du rapport du Groupe de travail sur l'OPS au 21^e siècle et de ses recommandations.

3. De féliciter la Directrice pour les changements institutionnels au sein du Bureau sanitaire panaméricain apportés à ce jour.
4. De demander que le Bureau des services de contrôle interne de l'OMS fasse un rapport annuel au Comité exécutif.
5. De remercier le Président actuel et le Président antérieur du Comité exécutif de leur travail au niveau du suivi de l'exécution par le Secrétariat des recommandations du rapport spécial du Commissaire aux Comptes.
6. De demander à la Directrice de :
 - a) mettre en application les recommandations du Vérificateur intérieur des Comptes;
 - b) de terminer l'exécution des recommandations du rapport spécial du Commissaire aux Comptes, en particulier celles portant sur les systèmes de gestion des plaintes et des ressources humaines;
 - c) tenir compte des conclusions du rapport et des recommandations du Groupe de travail sur l'OPS au 21^e siècle, des changements institutionnels au sein du Bureau sanitaire panaméricain et des recommandations du rapport spécial du Commissaire aux Comptes lors de la préparation du prochain Plan stratégique pour le travail du Bureau sanitaire panaméricain.

(Neuvième séance, 24 juin 2005)

CE136.R4 Recouvrement des contributions

LA 136^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant examiné le rapport de la Directrice sur le recouvrement des contributions (document CE136/20 et Add. I), et le rapport relatif aux États Membres en situation d'arriérés de contributions dans une mesure qui justifie l'application de l'Article 6.B de la Constitution de l'Organisation panaméricaine de la Santé;

Tenant compte des dispositions de l'Article 6.B de la Constitution de l'OPS relatives à la suspension des droits de vote des États Membres qui ne s'acquittent pas de leurs obligations financières et l'application éventuelle de ces dispositions aux États Membres qui ne respectent pas le plan approuvé des paiements différés; et

Notant avec préoccupation que 24 États Membres ne se sont acquittés d'aucun paiement de leur contribution fixée pour 2005 et que le montant recouvré pour les

contributions de 2005 ne représente que 13% seulement du total des contributions fixées pour l'année en cours,

DÉCIDE :

1. De prendre note du rapport de la Directrice sur le recouvrement des contributions (document CE136/20 et Add. I).
2. De remercier les États Membres qui se sont déjà acquittés de leur contribution pour 2005 et de prier instamment les autres États Membres de s'acquitter de l'encours de toutes leurs contributions dès que possible.
3. De recommander au 46^e Conseil directeur que les restrictions au droit de vote contenues dans l'Article 6.B de la Constitution de l'OPS soient strictement appliquées aux États Membres qui à la date de l'ouverture de ladite Conférence n'ont pas effectué des paiements suffisants pour s'acquitter de leurs obligations de contributions et aux États Membres qui ne se sont pas acquittés des paiements prévus conformément à leur plan de paiements différés.
4. De demander à la Directrice de :
 - a) continuer à informer les États Membres sur la situation des arriérés des contributions et de rendre compte de l'état du recouvrement des contributions au 46^e Conseil directeur;
 - b) continuer à étudier des mécanismes qui contribuent au versement ponctuel des contributions par les États Membres.

(Neuvième séance, 24 juin 2005)

CE136.R5 *Le paludisme et les objectifs de développement internationalement convenus, incluant ceux contenus dans la déclaration du millénaire*

LA 136^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant examiné le document CE136/16 sur l'initiative « Faire reculer le paludisme » et l'objectif de développement internationalement convenu relatif au paludisme contenu dans la Déclaration du Millénaire des Nations Unies.

DÉCIDE :

De recommander au Conseil directeur d'adopter une résolution dans l'esprit de ce qui suit :

LE 46^e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant examiné le document CD46/___ sur le paludisme, qui propose que les États Membres poursuivent leurs efforts pour combattre le paludisme à l'aide du renforcement de la capacité nationale à tous les niveaux de service, afin de préserver les réalisations et de continuer à réduire le fardeau de la maladie là où elle continue à être un problème de santé publique;

Tenant compte du fait que le 42^e Conseil directeur avait exhorté les États Membres à adopter l'initiative « Faire reculer le paludisme » dans les territoires où le paludisme constitue encore un problème de santé publique et à s'engager à effectuer une évaluation annuelle sur les progrès dans les différentes zones de l'initiative jusqu'à ce que le paludisme soit éliminé en tant que problème de santé publique dans la Région;

Préoccupé du fait que la maladie continue à être un problème de santé publique dans un nombre de territoires et que des efforts sont nécessaires pour atteindre les objectifs de l'initiative « Faire reculer le paludisme » et aux Objectifs de la Déclaration du Millénaire de 2010 et 2015, respectivement;

Reconnaissant le potentiel d'un appui financier accru aux pays pour la lutte contre le paludisme qu'offre le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme; et soucieux du fait que les critères d'éligibilité au Fonds mondial excluent de nombreux pays de la région de la possibilité d'avoir accès à des dons futurs; et

Prenant note du rapport sur le paludisme du Secrétariat de l'OMS à la Cinquante-huitième Assemblée mondiale de la Santé et de la résolution WHA58.2 sur le « contrôle du paludisme, »

DÉCIDE :

1. D'exhorter les États Membres à :
 - a) établir des politiques nationales et des plans opérationnels pour assurer l'accessibilité aux interventions de prévention et de contrôle pour les personnes à risque ou celles atteintes de paludisme, afin d'obtenir une réduction du fardeau du paludisme d'au moins 50% d'ici 2010 et de 75% d'ici 2015;

- b) réaliser des évaluations annuelles sur les progrès nationaux de l'initiative « Faire reculer le paludisme »;
- c) allouer des ressources internes, mobiliser des ressources supplémentaires et les utiliser efficacement dans l'exécution d'interventions appropriées de prévention et de contrôle du paludisme, et s'engager à réaliser des évaluations systématiques sur leurs progrès;
- d) tenir compte du besoin d'inclure les personnes formées au paludisme lors de l'évaluation des besoins en personnel des systèmes de santé, et prendre des mesures pour assurer l'engagement, la formation et la rétention du personnel de santé;
- e) encourager la communication, la coordination et la collaboration entre les unités de contrôle du paludisme et les autres unités techniques et institutions, incluant les organisations non gouvernementales, le secteur privé et les universités et renforcer la collaboration interpays pour réduire le fardeau de la maladie et empêcher la propagation du paludisme au-delà des frontières;
- f) exécuter des approches intégrées de prévention et de contrôle du paludisme à l'aide de la collaboration multisectorielle et de la participation communautaire;
- g) chercher à réduire les facteurs de risque de transmission à l'aide de la gestion intégrée des vecteurs; et promouvoir l'amélioration des conditions locales et environnementales et des milieux sains, et intensifier l'accès aux services de santé afin de réduire le fardeau de la maladie;
- h) plaider d'une manière coordonnée à travers leurs représentants au Conseil d'administration du Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme et à travers d'autres circuits diplomatiques de haut niveau, dont le Sommet des Amériques, en faveur de l'équité des pays et des partenaires de la région à l'accès aux ressources du Fonds mondial.

2. De demander à la Directrice de :

- a) continuer à assurer la coopération technique et les efforts de coordination pour réduire le paludisme dans les pays endémiques et empêcher la réintroduction de la transmission là où elle a été éliminée;
- b) développer des mécanismes destinés à suivre les progrès de la prévention et du contrôle du paludisme et d'en faire rapport de façon périodique;

- c) assister les États Membres, selon les besoins, à développer et mettre en œuvre des mécanismes efficaces et rentables en vue de la mobilisation et l'utilisation des ressources;
- d) initier et appuyer les initiatives sous-régionales et interpays visant la prévention et le contrôle du paludisme parmi les populations mobiles, ainsi que dans les zones d'intérêt épidémiologique commun, notamment les zones frontalières.
- e) aider les États Membres, s'il y a lieu, à l'exécution de projets financés par le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme.

(Neuvième réunion, 24 juin 2005)

CE136.R6 Rapport d'activité sur l'initiative mondiale pour la sécurité du sang et le plan d'action pour 2005-2010

LA 136^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant analysé le document CD136/15, rapport d'activité sur l'initiative mondiale pour la sécurité du sang et le plan d'action pour 2005-2010,

DÉCIDE :

De recommander au Conseil directeur d'adopter une résolution dans l'esprit de ce qui suit :

LE 46^e CONSEIL DIRECTEUR,

Notant l'importance des transfusions sanguines pour les soins appropriés, la survie et la qualité de vie des patients;

Ayant étudié le rapport d'activité de la Directrice sur l'Initiative pour la sécurité du sang;

Reconnaissant les réalisations dans le dépistage des marqueurs d'agents infectieux dans le sang et la réduction du risque potentiel d'infections transmises par transfusion dans la Région;

Conscient des efforts réalisés par le Secrétariat et les programmes nationaux du sang des États Membres afin d'évaluer conjointement le travail antérieur et de formuler un plan d'action régional en vue d'améliorer la sécurité de la transfusion dans les Amériques d'ici 2010;

Préoccupé du fait que les objectifs fixés par l'Assemblée mondiale de la Santé en 1975 et par les organes directeurs de l'Organisation panaméricaine de la Santé au cours de la décennie écoulée n'ont pas été atteints dans la Région;

Reconnaissant que pour obtenir un approvisionnement suffisant, une qualité du sang adéquate et une sécurité appropriée des transfusions, les approches nationales existantes doivent être révisées et ajustées;

Reconnaissant également que le nombre de donneurs de sang volontaires dans la Région des Amériques reste encore limité;

Accueillant avec satisfaction la résolution WHA58.13 Sécurité du sang : Proposition pour établir une Journée mondiale du don de sang de l'Assemblée mondiale de la Santé; et

Motivé par l'esprit du panaméricanisme, l'équité et les objectifs de développement relatifs à la santé internationalement convenus dans la Déclaration du Millénaire des Nations Unies,

DÉCIDE :

1. D'exhorter les États Membres à :
 - a) analyser les avancées et les défis dans la poursuite de la suffisance, la qualité, la sécurité et l'usage approprié du sang et des produits sanguins dans leurs pays;
 - b) adopter officiellement le Plan d'action régional de sécurité de la transfusion 2006-2010, et d'allouer de manière appropriée et d'utiliser efficacement les ressources pour atteindre leurs objectifs;
 - c) promouvoir la participation des secteurs public et privé, des ministères de l'éducation, du travail et du développement social, et de la société civile dans les activités internationales, nationales et locales entreprises pour exécuter le Plan régional;
 - d) renforcer les services de sang et améliorer leur efficacité tout en favorisant une culture de don du sang volontaire et non rémunérée.
2. De demander à la Directrice de :
 - a) coopérer avec les États Membres au développement de leurs politiques et stratégies nationales du sang et au renforcement des services de sang pour assurer la sécurité de la transfusion;

- b) promouvoir l'application au niveau local de normes de qualité et de méthodologies éprouvées en vue de l'amélioration de la sécurité des produits sanguins et de la transfusion de sang en utilisant une approche multidisciplinaire;
- c) travailler avec les États Membres pour surveiller le développement des programmes nationaux de sang et la sécurité des transfusions;
- d) faire des rapports périodiques aux organes directeurs sur les progrès de l'exécution du Plan d'action régional pour la sécurité de la transfusion, y compris sur leurs obstacles;
- e) mobiliser les ressources à l'appui du Plan d'action régional pour la sécurité de transfusion du sang.

(Neuvième séance, 24 juin 2005)

CE136.R7 Stratégie Régionale de contrôle de la tuberculose pour 2005-2015

LA 136^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant examiné le document « Stratégie régionale de contrôle de la tuberculose pour 2005-2015 » (document CE136 /17);

Reconnaissant que, même si elle est évitable et curable, la tuberculose demeure un important problème de santé publique dans les Amériques du fait que chaque année elle est responsable de plus de 230 000 cas et de 53 000 décès;

Considérant la diversité de la situation épidémiologique des États Membres, ainsi que les différentes caractéristiques de leurs systèmes de santé et les niveaux de développement de leurs programmes nationaux de tuberculose;

Consciente que le contrôle de la tuberculose est confronté à des défis tels que la coinfection TB/VIH, la tuberculose polypharmacorésistante et la réforme du secteur de la santé;

Considérant que la stratégie internationalement reconnue de contrôle de la tuberculose est le « traitement de brève durée sous surveillance directe » (DOTS), qui a atteint une couverture de 78% de la population des Amériques en 2003 et qui fait des grands progrès dans la détection et le traitement des cas de tuberculose;

Considérant le besoin d'intensifier les efforts pour atteindre les indicateurs et les objectifs pour la tuberculose établis par l'initiative « Stop TB » de l'Organisation mondiale de la Santé, ainsi que ceux s'inscrivant dans le cadre des Objectifs de développement contenus dans la Déclaration du Millénaire établis pour l'an 2015; et

Reconnaissant la résolution 58.14 de l'Assemblée mondiale de la Santé « Financement durable pour la prévention et le contrôle de la tuberculose, »

DÉCIDE :

1. D'exhorter les États Membres à :
 - a) confirmer le contrôle de la tuberculose en tant que programme prioritaire de santé et élargir, améliorer ou maintenir l'exécution de la stratégie DOTS;
 - b) considérer le plan régional lors de la formulation des plans nationaux, dans l'objectif de préserver les acquis récents et d'atteindre les objectifs de développement liés à la santé et convenus internationalement de la Déclaration du Millénaire d'ici 2015;
 - c) renforcer les systèmes de santé pour exécuter et renforcer les stratégies de contrôle de la tuberculose polypharmacorésistante, incluant DOTS Plus, afin d'améliorer la collaboration entre les programmes de tuberculose et de VIH/SIDA;
 - d) encourager la collaboration entre les secteurs public et privé, la société civile, les organismes des Nations Unies et autres parties prenantes concernées, ainsi qu'envisager la formation de partenariats nationaux « Stop TB » afin de maintenir et d'accroître le soutien aux programmes nationaux de tuberculose;
 - e) allouer les ressources financières et humaines nécessaires au contrôle de la tuberculose de sorte que les malades de tuberculose aient accès à la norme universelle de soins basée sur un diagnostic, un traitement et une notification appropriés, cohérents avec la stratégie DOTS.
2. De demander à la Directrice de :
 - a) consolider et renforcer l'engagement de l'OPS à appuyer l'expansion et la durabilité de la stratégie DOTS dans la Région;
 - b) coopérer sur le plan technique avec les pays pour attaquer les nouveaux défis posés par la tuberculose;

- c) encourager des partenariats avec les secteurs public et privé et les organismes techniques et financiers qui travaillent au contrôle de la tuberculose pour appuyer les partenariats « Stop TB » dans les Amériques;
- d) améliorer la formulation et la mise en œuvre de stratégies intégrales de santé publique pour le contrôle de la tuberculose à l'aide de l'allocation de ressource, du partage des expériences et du développement d'outils d'évaluation.

(Neuvième séance, 24 juin 2005)

CE136.R8 Stratégie pour l'avenir des centres panaméricains : Rôle des centres panaméricains dans la coopération technique de l'OPS

LA 136^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant examiné les documents qui réunissent et mettent à jour l'information sur plusieurs aspects techniques, gestionnaires et administratifs qui concernent le fonctionnement général des centres panaméricains en tant que l'une des modalités de la coopération technique de l'OPS;

Tenant compte des nécessités actuelles de coopération identifiées par les États Membres, des capacités institutionnelles nationales disponibles et de la nécessité impérieuse d'utiliser au mieux les ressources allouées à l'Organisation;

Reconnaissant que la résolution CSP20.R31 de la 20^e Conférence sanitaire panaméricaine avait identifié les centres panaméricains en tant que modalité temporaire de coopération technique à être utilisée aussi longtemps qu'il n'existait pas d'institutions appropriées pour résoudre les problèmes d'intérêt commun aux États Membres;

Notant qu'au cours des dernières décennies les pays de la Région ont développé des capacités institutionnelles importantes pour répondre aux nombreux problèmes de santé locaux, et que cette infrastructure institutionnelle est devenue à son tour un instrument important de la coopération technique de l'OPS;

Reconnaissant la nouvelle politique régionale de budget programme adoptée par le 45^e Conseil directeur en 2004 et la nouvelle stratégie de gestion pour le travail du Bureau sanitaire panaméricain sur la période 2003-2007, adoptée par le 44^e Conseil directeur en 2003;

Tenant compte du fait que les principes suivants devraient guider les décisions concernant la suppression d'un Centre panaméricain, lesquels devraient :

- a) minimiser tout impact négatif potentiel sur la santé publique dans la Région;
- b) maximiser la capacité du Secrétariat de l'OPS à assurer la coopération technique de la façon la plus efficiente et efficace;
- c) assurer qu'aucune ressource provenant du budget ordinaire de l'OPS n'étant pas destinée à l'origine pour un centre, ne soit utilisée pour remplacer un engagement financier d'un gouvernement hôte;
- d) encourager l'assurance et la durabilité dans le temps du paiement des contributions financières des gouvernements hôte, et
- e) analyser les flux de financement et les arriérés d'un centre, incluant l'impact de ces arriérés sur le fonctionnement d'un centre.

Répondant à la demande réitérée des organes directeurs d'une évaluation régulière des centres panaméricains au titre du processus de planification des programmes de coopération technique; et

Ayant analysé les propositions concernant la redéfinition du rôle et la restructuration institutionnelle du Centre panaméricain de génie sanitaire et des sciences de l'environnement (CEPIS), du Centre latino-américain pour la périnatalogie et le développement humain (CLAP) et de l'Institut panaméricain pour la sécurité alimentaire et la lutte contre les zoonoses (INPPAZ),

DÉCIDE :

1. D'exhorter les États Membres à :
 - a) prendre note de la restructuration du Domaine du développement durable et de la santé environnementale (SDE), comprenant la décentralisation de la coopération technique régionale dans le domaine de l'approvisionnement en eau, de l'assainissement et de la gestion des déchets au CEPIS;
 - b) prendre note de la restructuration du Domaine de la santé familiale et communautaire (FCH), comprenant la décentralisation de la coopération technique régionale relative à la surveillance et la réduction des risques reproductifs, périnataux et de la santé de la femme au CLAP.

2. De demander à la Directrice de :
 - a) restructurer et rationaliser la capacité de coopération technique dans la sécurité alimentaire aux niveaux national, sous-régional et régional;
 - b) mettre fin au fonctionnement de l'Institut panaméricain pour la sécurité alimentaire et la lutte contre les zoonoses (INPPAZ), établi par la résolution CD35.R21 de 1991;
 - c) soumettre à la 138^e session du Comité exécutif une revue du Centre panaméricain de la fièvre aphteuse (PANAFTOSA) et du Centre d'information sur les sciences de la santé pour l'Amérique latine et les Caraïbes (BIREME), et une proposition pour aligner le Centre d'épidémiologie des Caraïbes (CAREC), l'Institut des Caraïbes pour l'alimentation et la nutrition (CFNI) et l'Institut de nutrition d'Amérique centrale et de Panama (INCAP), sur les critères d'affectation sous-régionale établis dans le cadre de la nouvelle politique régionale, en consultation avec les institutions sous-régionales correspondantes;
 - d) soumettre au 46^e Conseil directeur à titre d'information une mise à jour sur la planification de la restructuration et de la rationalisation de la capacité de coopération technique en matière de sécurité alimentaire sur la prochaine période biennale.

(Neuvième séance, 24 juin 2005)

CE136.R9 Traitement du Directeur et confirmation des amendements au règlement du personnel du Bureau Sanitaire Panaméricain

LA 136^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Tenant compte des décisions de la 58^e Assemblée mondiale de la Santé concernant le traitement des Directeurs régionaux, des Sous-Directeurs généraux et du Directeur général;

Gardant à l'esprit les dispositions de l'article 020 du Règlement du personnel et de l'article 3.1 du Statut du personnel du BSP et la résolution CD20.R20 du 20^e Conseil directeur,

DÉCIDE :

De recommander au 46^e Conseil directeur l'adoption de la résolution suivante :

LE 46^e CONSEIL DIRECTEUR,

Considérant la révision du barème des traitements de base/plancher des catégories professionnelles et supérieures entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2005;

Tenant compte de la décision prise par le Comité exécutif lors de sa 136^e Session d'ajuster les salaires du Directeur adjoint et du Sous-Directeur; et

Notant la recommandation du 136^e Comité exécutif concernant le traitement du Directeur,

DÉCIDE :

1. D'établir avec effet au 1^{er} janvier 2005, le traitement du Directeur à US\$ 127 970 par an avec personnes à charge et à US\$ 115 166 par an sans personnes à charge.
2. D'approuver les amendements aux articles 1.13 et 1.15 du Statut du Personnel concernant les mécanismes de résolution de conflits accessibles aux employés nationaux de l'Organisation, avec effet au 1^{er} juillet 2005.
3. De prendre note des amendements au Règlement du Personnel faits par le Directeur et confirmés par le Comité exécutif lors de sa 136^e session.

(Neuvième séance, 24 juin 2005)

CE136.R10 Confirmation des amendements apportés au règlement du personnel du Bureau Sanitaire Panaméricain

LA 136^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant examiné les amendements au Règlement du personnel du Bureau sanitaire panaméricain soumis par la Directrice dans l'annexe au document CE136/22;

Tenant compte des actions de la 58^e Assemblée mondiale de la Santé concernant le traitement des Directeurs régionaux, des Sous-Directeurs généraux et du Directeur général;

Gardant à l'esprit les dispositions de l'article 020 du Règlement du personnel et de l'article 3.1 du Statut du personnel du BSP; et

Reconnaissant le besoin d'uniformité des conditions d'emploi des personnels du BSP et de l'OMS,

DÉCIDE :

1. D'établir, avec effet au 1^{er} janvier 2005 :
 - a) le traitement annuel du Directeur adjoint à US\$ 117 373 avec personnes à charge et à \$106 285 sans personnes à charge;
 - b) le traitement annuel du Sous-Directeur à US\$ 116 373 avec personnes à charge et à \$105 285 par an sans personnes à charge.
2. De confirmer, conformément à l'article 020 du Règlement du personnel, les amendements qui ont été apportés par la Directrice, avec effet au 1^{er} janvier 2005, comme suit :
 - a) article 320.5 du Règlement du personnel concernant les recrutements temporaires;
 - b) article 330.2 du Règlement du personnel concernant la rémunération des catégories professionnelles et de rang supérieur;
 - c) articles 350 et 355 du Règlement du personnel concernant les niveaux de l'allocation pour frais d'études et de l'allocation spéciale pour frais d'études;
 - d) article 340 du Règlement du personnel concernant l'allocation pour personnes à charge;
 - e) article 370 du Règlement du personnel concernant l'allocation de rapatriement;
 - f) articles 380.3.1, 380.3.2 et 550.1 du Règlement du personnel concernant les paiements et retenues;
 - g) Nouvel article 495 et article 630.8 du Règlement du personnel concernant les bénéficiaires d'un membre du personnel;
 - h) article 550.1 du Règlement du personnel concernant l'augmentation à l'intérieur de la classe;

- i) article 560 du Règlement du personnel concernant les promotions;
- j) article 650 du Règlement du personnel concernant le congé spécial;
- k) article 760.6 du Règlement du personnel concernant le congé de paternité;
- l) article 855.3 du Règlement du personnel concernant le déménagement du mobilier;
- m) article 740.1 du Règlement du personnel concernant le congé de maladie.

3. De confirmer, conformément à l'article 020 du Règlement du personnel, les amendements qui ont été apportés par la Directrice, avec effet au 1^{er} juillet 2005, comme suit :

- a) article 110 du Règlement du personnel concernant les règles de conduite applicables au personnel de l'Organisation et les conflits d'intérêt;
- b) articles 110.8 et 1075 du Règlement du personnel concernant les fautes graves;
- c) article 460.1 du Règlement du personnel concernant le lieu de résidence reconnu d'un membre du personnel;
- d) article 480 du Règlement du personnel concernant le transfert inter-agences de membres du personnel de l'OMS;
- e) articles 530, 550, 555 et 560.4 du Règlement du personnel concernant la performance et la conduite;
- f) article 920 du Règlement du personnel concernant les relations avec le personnel;
- g) articles 1040, 1060, 1070 et 1075 du Règlement du personnel concernant le paiement en place et lieu de préavis;
- h) article 1040 du Règlement du personnel concernant la fin des engagements;
- i) articles 1110.1 et N 620 du Règlement du personnel concernant les mesures disciplinaires;
- j) articles 1230, 1240, 1245 et 1250 du Règlement du personnel concernant les procédures d'appel;

- k) articles N 920, N 1000 et N 1010 du Règlement du personnel concernant la juridiction locale.

(Neuvième séance, 24 juin 2005)

CE136.R11 Rapport du jury du prix de l'administration de l'OPS, 2005

LA 136^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant examiné le rapport du Jury du Prix de l'Administration de l'OPS 2005 (document CE136/9, Add. I); et

Gardant à l'esprit les dispositions des procédures et des directives pour conférer le Prix de l'Administration de l'OPS, tel qu'approuvées par la 18^e Conférence sanitaire panaméricaine (1970) et modifiées par la 24^e Conférence sanitaire panaméricaine (1994) et la 124^e Session du Comité exécutif (1999),

DÉCIDE :

1. De prendre note de la décision du Jury de conférer le Prix de l'Administration de l'OPS 2005 au Dr. Francisco Rojas Ochoa pour sa contribution exceptionnelle, au cours de sa carrière professionnelle, au développement de l'administration de programmes et de services de santé dans son pays, Cuba, et dans plusieurs pays de la Région des Amériques et, en particulier, pour sa contribution remarquable à la formation de diverses générations de responsables et de professionnels de la santé publique.
2. De transmettre le rapport du Jury du Prix de l'Administration de l'OPS 2005 (document CE136/9, Add. I), au 46^e Conseil directeur.

(Neuvième séance, 24 juin 2005)

CE136.R12 Ordre du jour provisoire du 46^e Conseil Directeur de l'OPS, 57^e session du Comité Régional de l'OMS pour les Amériques

LA 136^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant examiné l'ordre du jour provisoire (document CD46/1) préparé par la Directrice pour le 46^e Conseil directeur de l'OPS, 57^e Session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques, présenté comme l'Annexe au document CE136/4; et

Tenant compte des dispositions de l'article 12.C de la Constitution de l'Organisation panaméricaine de la Santé et de l'article 7 du Règlement intérieur du Conseil,

DÉCIDE :

D'approuver l'ordre du jour provisoire (document CD46/1) préparé par la Directrice pour le 46^e Conseil directeur de l'OPS, 57^e Session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques.

(Neuvième séance, 24 juin 2005)

Décisions

Décision CE136(D1) Adoption de l'ordre du jour

Conformément à l'Article 9 du Règlement intérieur du Comité exécutif, le Comité a adopté, sans modification, l'ordre du jour proposé par le Directeur (Document CE136/1. Rev.2)

(Deuxième séance, 21 juin 2005)

Décision CE136(D2) Représentation du Comité exécutif lors du 46e Conseil directeur de l'OPS, 57e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques

Conformément à l'Article 54 de son Règlement intérieur, le Comité exécutif a décidé de nommer son Président (États-Unis d'Amérique) et son Vice-Président (Argentine) pour représenter le Comité lors du 46^e Conseil Directeur, 57^e Session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques. Comme remplaçants à ces représentants, le Comité a nommé respectivement les délégués du Costa Rica et de Cuba.

(Deuxième séance, 21 juin 2005)

Décision CE136(D3) Groupe de travail sur l'OPS au 21e siècle

Le Comité exécutif a décidé de demander au Secrétariat de présenter à la 137^e session du Comité exécutif une proposition sur le processus de rationalisation des mécanismes de gouvernance de l'Organisation en particulier en ce qui concerne : a) la réforme et la simplification des Sous-Comités, b) le processus d'élection du Directeur du Bureau sanitaire panaméricain, et c) l'amélioration et le renforcement des règles et

procédures des Organes directeurs en tenant compte des recommandations faites dans le rapport du Groupe de travail sur l'OPS au 21^e siècle, les délibérations du Sous-Comité de planification et de programmation, les délibérations et recommandations du Sous-Comité sur la femme, la santé et le développement et celles de la 136^e session du Comité exécutif.

(Neuvième séance, 24 juin 2005)

EN FOI DE QUOI, le Président du Comité exécutif et le Secrétaire de droit, Directeur du Bureau sanitaire panaméricain, signent le Présent Rapport final, rédigé dans les langues anglaise et espagnole, les deux textes étant également authentiques.

FAIT à Washington D.C. aux États-Unis d'Amérique en ce vingt-quatrième jour de juin de l'année deux mille cinq. Le Secrétaire déposera les textes originaux dans les Archives du Bureau sanitaire panaméricain et en fera parvenir des exemplaires aux États Membres de l'Organisation.

William Steiger
Délégué des États-Unis d'Amérique
Président de la 136^e Session
du Comité exécutif
Committee

Mirta Roses Periago
Directrice du Bureau sanitaire panaméricain
Secrétaire de droit de la 136^e session du
Comité exécutif

ORDRE DU JOUR PROVISOIRE

1. Ouverture de la session

2. Questions relatives au Règlement

- 2.1 Adoption de l'ordre du jour et du programme des réunions
- 2.2 Représentation du Comité exécutif lors du 46^e Conseil directeur de l'OPS, 57^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques
- 2.3 Ordre du jour provisoire du 46^e Conseil directeur de l'OPS, 57^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques

3. Questions relatives aux comités

- 3.1 Rapport du Groupe de travail sur l'OPS au 21^e siècle
- 3.2 Rapport sur la 39^e session du Sous-Comité de planification et de programmation
- 3.3 Sous-Comité sur la femme, la santé et le développement
 - Rapport sur la 21^e session du Sous-Comité sur la femme, la santé et le développement
 - Projet d'une politique de l'OPS en matière d'équité entre les sexes
- 3.4 Rapport d'activité sur la mise en oeuvre des recommandations énoncées dans le Rapport spécial du Commissaire aux Comptes externe, septembre 2004
- 3.5 Prix de l'OPS pour l'Administration, 2005
- 3.6 Organisations non gouvernementales en relations officielles avec l'OPS
 - Examen périodique des organisations non gouvernementales en relations officielles avec l'OPS
 - Considération des demandes d'admission reçues

4. Questions relatives à la politique des programmes

- 4.1 Projet de budget programme de l'Organisation panaméricaine de la Santé pour l'exercice financier 2006-2007*

* Document disponible uniquement en anglais ou espagnol.

4. Questions relatives a la politique des programmes (suite)

- 4.2 La coopération technique entre les pays de la Région
- 4.3 Stratégie pour l'avenir des Centres panaméricains
- 4.4 Rapport de la 14^e Réunion interaméricaine, au niveau ministériel, sur la santé et l'agriculture
- 4.5 Mise à jour du processus de changement institutionnel au sein du Bureau sanitaire panaméricain
- 4.6 Rapport d'activité sur l'initiative mondiale pour la sécurité du sang et le plan d'action pour 2005-2010
- 4.7 Le paludisme et les Objectifs de développement du millénaire
- 4.8 Stratégie régionale pour le contrôle de la tuberculose pour la période 2005-2015
- 4.9 Coopération axée sur les pays et développement de la santé nationale
- 4.10 Accès aux soins pour les personnes vivant avec le VIH/SIDA

5. Questions administratives et financières

- 5.1 Rapport sur le recouvrement des contributions
- 5.2 Rapport financier provisoire du Directeur, 2004*
- 5.3 [Point différé à la 137^e session du Comité exécutif]
- 5.4 Rapport sur les activités des Services de contrôle interne

6. Questions relatives au personnel

- 6.1 Ressources humaines
 - Amendements au Règlement du personnel du BSP
 - Rapport annuel

* Document disponible uniquement en anglais ou espagnol.

6. Questions relatives au personnel (*suite*)

6.2 Déclaration du Représentant de l'Association du personnel du BSP

7. Questions d'ordre général

7.1 Résolutions et autres actions de la Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé revêtant un intérêt pour le Comité exécutif de l'OPS

8. Autres questions

9. Clôture de la session

LISTE DES DOCUMENTS

Documents officiels

- Off. Doc. 317* Projet de budget programme de l'Organisation panaméricaine de la Santé pour l'exercice financier 2006-2007*
- Off. Doc. 320* Rapport financier provisoire du Directeur, 2004*

Documents de travail

- CE136/1, Rev. 1 Adoption de l'ordre du jour et du programme des réunions
et CE136/WP/1
- CE136/3 Représentation du Comité exécutif lors du 46^e Conseil directeur de l'OPS, 57^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques
- CE136/4, Rev. 1 Ordre du jour provisoire du 46^e Conseil directeur de l'OPS, 57^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques
- CE136/5 Rapport du Groupe de travail sur l'OPS au 21^e siècle
- CE136/6 Rapport sur la 39^e session du Sous-Comité de planification et de programmation
- CE136/7 Rapport sur la 21^e session du Sous-Comité sur la femme, la santé et le développement
- CE136/8 Projet d'une politique de l'OPS en matière d'équité entre les sexes
- CE136/9 Prix de l'OPS pour l'Administration, 2005
et Add. I
- CE136/10 Organisations non gouvernementales en relations officielles avec
et Add. I l'OPS
- Documents de travail (suite)*

* Document disponible uniquement en anglais ou espagnol.

- CE136/11 La coopération technique entre les pays de la Région
- CE136/12 Stratégie pour l'avenir des Centres panaméricains
- CE136/13 Rapport de la 14^e Réunion interaméricaine, au niveau ministériel, sur la santé et l'agriculture
- CE136/14 Mise à jour du processus de changement institutionnel au sein du Bureau sanitaire panaméricain
- CE136/15 Rapport d'activité sur l'initiative mondiale pour la sécurité 2005-2010
- CE136/16 Le paludisme et les Objectifs de développement du millénaire
- CE136/17 Stratégie régionale pour le contrôle de la tuberculose pour la période 2005-2015
- CE136/18 Coopération axée sur les pays et développement de la santé nationale
- CE136/19 Accès aux soins pour les personnes vivant avec le VIH/SIDA
- CE136/20 et Add. I Rapport sur le recouvrement des contributions
- CE136/21 Rapport sur les activités des Services de contrôle interne
- CE136/22 Amendements au Règlement du personnel du BSP
- CE136/23 Déclaration du Représentant de l'Association du personnel du BSP
- CE136/24 Rapport d'activité sur la mise en oeuvre des recommandations énoncées dans le Rapport spécial du Commissaire aux Comptes externe, septembre 2004
- CE136/25 Résolutions et autres actions de la Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé revêtant un intérêt pour le Comité exécutif de l'OPS

*Documents d'information **

CE136/INF/1	Application of the PAHO Regional Program Budget Policy in the Proposed PAHO/WHO Program Budget for 2006-2007
CE136/INF/2	PAHO Biennial Program Budget 2006-2007: Scope of the Areas of Work
CE136/INF/4	PAHO/WHO 2006-2007 Program Budget Scenarios
CE136/INF/5	Use of Voluntary Contributions in the PAHO/WHO Program Budget
CE136/INF/6	Increasing Managerial Effectiveness and Efficiency in PAHO
CE136/INF/7 and Add. I	Pan American Sanitary Bureau: Human Resources 2004-2005 and Annual Report
CE136/INF/8, Rev. 1 and Add I, Rev. 1	Strategy for the Future of the Pan American Centers: Discontinuation of Activities of INPPAZ and Prospects for PAHO Technical Cooperation in Food Safety

**LIST OF PARTICIPANTS
LISTA DE PARTICIPANTES**

**Members of the Committee
Miembros del Comité**

Argentina

Dr. Ginés González García
Ministro de Salud
Ministerio de Salud
Buenos Aires

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

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

Dra. Graciela Zulema Rosso
Secretaria de Políticas, Regulación
y Relaciones Sanitarias
Ministerio de Salud
Buenos Aires

Barbados

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

Members of the Committee (cont.)
Miembros del Comité (cont.)

Canada
Canadá

Mr. Nick Previsich
Director
International Affairs Directorate
Health Canada
Ottawa

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

Costa Rica

Dra. María del Rocío Sáenz Madrigal
Ministra de Salud
Ministerio de Salud
San José

Cuba

Dr. José Ramón Balaguer Cabrera
Ministro de Salud Pública
Ministerio de Salud Pública
La Habana

Dr. Antonio D. González Fernández
Jefe del Departamento de Organismos Internacionales
Ministerio de Salud Pública
La Habana

Members of the Committee (cont.)
Miembros del Comité (cont.)

Dominica

Ms. Shirley Augustine
Health Planner
Ministry of Health and Social Security
Roseau

United States of America
Estados Unidos de América

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

Dr. Mark A. Abdoo
Special Assistant to the Director
Office of Global Health Affairs
Department of Health and Human Services
Rockville, MD

Ms. Ann S. Blackwood
Director for Health Programs
Office of Technical and Specialized Agencies
Bureau of International Organization Affairs
Department of State
Washington, DC

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

Members of the Committee (cont.)
Miembros del Comité (cont.)

Paraguay

Dr. Roberto E. Dullak Peña
Viceministro de Salud Pública y Bienestar Social
Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social
Asunción

Venezuela

Lic. Aurelio Tosta Betancourt
Director General del Despacho
Ministerio de Salud y Desarrollo Social
Caracas

Lic. Rosicar Mata León
Directora General de la Oficina de Cooperación Técnica
y Relaciones Internacionales
Ministerio de Salud y Desarrollo Social
Caracas

Other Member States
Otros Estados Miembros

Brasil

Sr. Santiago Alcazar
Asesor Especial para Asuntos Internacionales
Embajada de Brasil en Argentina

Chile

Dr. Roberto Tapia
Jefe de la Oficina de Cooperación y
Asuntos Internacionales
Ministerio de Salud
Santiago

Other Member States (cont.)
Otros Estados Miembros (cont.)

Chile (cont.)

Sra. Natalia Meta
Asesora de la Oficina de Cooperación y
Asuntos Internacionales
Ministerio de Salud
Santiago

Jamaica

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

Dr. Barry Wint
Chief Medical Officer
Ministry of Health
Kingston

Mexico
México

Sr. Bernal Rafael
Segundo Secretario
Embajada de México en Argentina

Nicaragua

Dr. Enrique Alvarado
Secretario General
Ministerio de Salud
Managua

Other Member States (cont.)
Otros Estados Miembros (cont.)

Panama
Panamá

Sra. Soraya Cano
Ministra Consejera
Embajada de Panamá en Argentina

Peru
Perú

Sr. Walter Linares
Primer Secretario
Embajada de Perú
Argentina

Observer States
Estados Observadores

Spain
España

Sr. Juan Manuel Salas
Ministro
Embajada de España en Argentina
Buenos Aires

United Nations and Specialized Agencies
Naciones Unidas y Agencias Especializadas

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
United Nations Development Program

Sra. Silvia Rucks

United Nations And Specialized Agencies (cont.)
Naciones Unidas Y Agencias Especializadas (cont.)

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
United Nations Children's Fund

Sra. Sunah Kim

Fondo de Población de las Naciones Unidas
United Nations Population Fund

Sra. María del Carmen Feijoo

Representatives of Intergovernmental Organizations
Representantes de Organizaciones Intergubernamentales

Instituto Interamericano de Cooperación para la Agricultura
Inter-American Institute for Cooperation in Agriculture

Sr. Benedito Rosa do Espirito Santo
Sr. Víctor Arrúa

Organización de los Estados Americanos
Organization of American States

Sr. Fernando Dopazo

Representatives of Nongovernmental Organizations
Representantes de Organizaciones No Gubernamentales

Asociación Interamericana de Ingeniería Sanitaria y Ambiental
Inter-American Association of Sanitary and Environmental Engineering

Ing. Alexander Chechilnitzky
Ing. Luiz Augusto de Lima Pontes

Representatives of Nongovernmental Organizations (cont.)
Representantes de Organizaciones No Gubernamentales (cont.)

Asociación Latinoamericana y del Caribe de Educación en Salud Pública
Latin American and Caribbean Association of Public Health Schools

Dr. Giorgio Solimano C.

Colegio Interamericano de Radiología
Inter-American College of Radiology

Dr. Ricardo García Mónaco

Confederación Latinoamericana de Bioquímica Clínica
Latinamerican Confederation of Clinic Biochemistry

Dr. Norberto Cabutti

Federación Latinoamericana de la Industria Farmacéutica
Latin American Federation of the Pharmaceutical Industry

Dr. Rodolfo Alberto Vincent

Federación Panamericana de Profesionales de Enfermería
Pan American Federation of Nursing Professionals

Sra. Beatriz Morrone
Lic. Angélica Rosa Barragán
Sra. Elena Perich

Sociedad Estadounidense de Microbiología
American Society for Microbiology

Dr. Daniel Sordelli

**World Health Organization
Organización Mundial De La Salud**

Dr. Benard P. Kean
Director Governance
Geneva

Mr. Kenneth R. Langford
Director
Office of Internal Oversight Services

**Pan American Health Organization
Organización Panamericana De La Salud**

**Directora y Secretaria ex officio del Comité
Director and Secretary ex officio of the Committee**

Dr. Mirta Roses Periago
Director
Directora

**Asesores de la Directora
Advisers to the Director**

Dr. Joxel García
Deputy Director/Director Adjunto

Dr. Carissa Etienne
Assistant Director/Subdirectora

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