



ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ



138^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF

Washington, D.C., ÉUA, 19-23 juin 2006

Point 3.2 de l'ordre du jour provisoire

CE138/6 (Fr.)

15 mai 2006

ORIGINAL : ANGLAIS

RAPPORT DE LA 40^e SESSION DU SOUS-COMITÉ DE PLANIFICATION ET DE PROGRAMMATION

1. Le Sous-Comité de planification et de programmation a tenu sa 40^e session au Siège de l'Organisation à Washington, D.C., du 20 au 22 mars 2006.
2. La 40^e session comptait des représentants des Membres suivants du Sous-Comité élus par le Comité exécutif : Argentine, Barbade, Canada et Venezuela ; et par ceux désignés par la Directrice : Costa Rica, Nicaragua et Paraguay. Des observateurs du Mexique et des États-Unis étaient également présents.
3. Le Bureau suivant a été élu avec des délégués de Costa Rica (Président), de Venezuela (Vice-président) et du Paraguay (Rapporteur).
4. Pendant la session, le Sous-Comité a discuté des thèmes suivants :
 - Rapport d'activité du Groupe de travail sur la rationalisation des mécanismes de gouvernance de l'OPS
 - Actualisation sur le processus de renforcement institutionnel du Bureau sanitaire panaméricain
 - Application de la gestion axée sur les résultats dans le système des Nations Unies
 - Plan d'action pour la mise en œuvre de la gestion axée sur les résultats au Bureau sanitaire panaméricain
 - Résultats financiers de l'Organisation panaméricaine de la Santé pour 2004-2005 : Vue d'ensemble des ressources et des tendances financières
 - Méthodologie pour la formulation du Plan stratégique 2008-2012 du BSP et d'un Agenda proposé de la santé pour les Amériques 2008-2017

- Plans de santé publique pour les Amériques : Cadre conceptuel et processus
- Cadre de l'OPS pour la mobilisation des ressources
- Stratégie régionale pour une approche intégrée de la prévention des maladies chroniques et de la lutte contre celles-ci, y compris l'alimentation, l'activité physique et la santé
- Stratégie régionale et plan d'action portant sur la nutrition et le développement
- Examen des Centres panaméricains
- Pandémie de grippe : Rapport d'activité

5. Sous le point Autres questions, les thèmes suivants ont également été discutés : Évaluation programmatique par le Bureau des services de contrôle interne ; Préparation de *Health in the Americas*, édition 2007; Ordre du jour de la 138^e session du Comité exécutif ; Documents pour les Organes directeurs : Préparation et ponctualité.

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

Annexe



ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ



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

Washington, D.C., ÉUA, 20-22 mars 2006

CE138/6 (Fr.)
Annexe

SPP40/FR (Fr.)
22 mars 2006
ORIGINAL : ANGLAIS

R A P P O R T F I N A L

TABLE DES MATIÈRES

	<i>Page</i>
Bureau	3
Ouverture de la session	3
Adoption de l'ordre du jour et du programme des réunions	4
Présentation et discussion des points	4
Rapport d'activité du Groupe de travail sur la rationalisation des mécanismes de gouvernance de l'OPS	4
Actualisation sur le processus de renforcement institutionnel du Bureau sanitaire panaméricain	5
Application de la gestion axée sur les résultats dans le système des Nations Unies.....	8
Plan d'action pour la mise en œuvre de la gestion axée sur les résultats au Bureau sanitaire panaméricain.....	14
Résultats financiers de l'Organisation panaméricaine de la Santé pour 2004-2005 : Vue d'ensemble des ressources et des tendances financières	18
Méthodologie pour la formulation du Plan stratégique 2008-2012 du BSP et d'un Agenda proposé de la santé pour les Amériques 2008-2017	23
Plans de santé publique pour les Amériques : Cadre conceptuel et processus.....	29
Cadre de l'OPS pour la mobilisation des ressources.....	33
Stratégie régionale pour une approche intégrée de la prévention des maladies chroniques et de la lutte contre celles-ci, y compris l'alimentation, l'activité physique et la santé.....	37
Stratégie régionale et plan d'action portant sur la nutrition et le développement	41
Examen des Centres panaméricains	46
Pandémie de grippe : Rapport d'activité	46
Autres questions	53
Évaluation programmatique par le Bureau des services de contrôle interne.....	53
Préparation de <i>Health in the Americas</i> , édition 2007.....	54
Ordre du jour de la 138 ^e session du Comité exécutif	54
Documents pour les Organes directeurs : Préparation et ponctualité.....	56
Clôture de la session	56
Annexe A : Ordre du jour	
Annexe B : Liste de documents	
Annexe C : Liste de participants	

RAPPORT FINAL

1. La 40^e session du Sous-Comité de planification et de programmation (SPP) du Comité exécutif de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) s'est tenue au Siège de l'Organisation à Washington, D.C., du 20 au 22 mars 2006.

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

Bureau

3. Le Sous-Comité a élu le bureau composé des États Membres suivants pour la 40^e session:

Présidente : Costa Rica (Dr. María del Rocío Sáenz Madrigal)

Vice-présidente : Venezuela (Ms. Rosicar Mata León)

Rapporteur : Paraguay (Dr. Roberto Dullak Peña)

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

Ouverture de la session

5. La Directrice a ouvert la session et a souhaité la bienvenue aux participants, en notant que le Sous-Comité examinerait un nombre de questions d'une énorme importance pour la vie de l'Organisation. Elle-même et le reste du personnel du Secrétariat se réjouissaient à la perspective de recevoir des orientations des États Membres sur ces questions.

6. Le Dr Sáenz Madrigal a également souhaité la bienvenue aux Membres et leur a exprimé sa gratitude d'avoir élu le Costa Rica comme Président du Sous-Comité. Elle était particulièrement heureuse d'avoir l'opportunité de représenter son pays en cette capacité durant cette année, qui marquerait la fin de la fonction du Costa Rica au Comité exécutif et la fin de sa fonction en tant que Ministre de la Santé.

Adoption de l'ordre du jour et du programme des réunions (documents SPP40/1, Rév. 1, et SPP40/WP/1)

7. Conformément à l'Article 2 de son Règlement intérieur, le Sous-Comité a adopté l'ordre du jour provisoire soumis par la Directrice. Le Sous-Comité a également approuvé le programme des réunions. À la demande du Canada, le Sous-Comité a convenu que la préparation et la ponctualité des documents pour les Organes directeurs seraient discutées sous le point « Autres questions. »

Présentation et discussion des points

Rapport d'activité du Groupe de travail sur la rationalisation des mécanismes de gouvernance de l'OPS (document SPP40/6)

8. M. Nick Previsich (Canada, Président du Groupe de travail sur la rationalisation des mécanismes de gouvernance de l'OPS) a présenté le rapport du Groupe de travail, en soulignant la sincérité et la franchise qui avaient caractérisé les discussions lors de la première réunion du Groupe de travail, qui s'était tenue les 5 et 6 décembre 2005 au siège de l'OPS. Il a rappelé que le Groupe de travail avait été établi conformément à la décision CE137(D5) du Comité exécutif. À sa première réunion, le Groupe avait convenu de ses termes de référence, de l'ordre du jour, de la méthodologie de travail et du calendrier. Il avait ensuite considéré la réforme et la rationalisation du Sous-Comité de planification et de programmation et la réforme et la rationalisation du Sous-Comité sur la femme, la santé et le développement. Il avait également discuté de diverses questions relatives au Règlement intérieur des Organes directeurs et à l'élection du Directeur du Bureau sanitaire panaméricain. La deuxième réunion se tiendrait immédiatement à la suite de la 40^e session du Sous-Comité, les 23 et 24 mars 2006. Un résumé des décisions et des délibérations du Groupe de travail et une liste des points à considérer à la seconde réunion se trouvaient dans le document SPP40/6.

9. Le Délégué de l'Argentine (Président du Comité exécutif) a affirmé que la réunion avait été extrêmement productive et a remercié le Président pour son efficacité à mener les délibérations. Il ne doutait pas que les réunions futures du Groupe de travail seraient tout aussi fructueuses.

10. La Directrice a demandé si l'appui que le Groupe de travail avait reçu du Secrétariat avait été approprié.

11. M. Previsich a répondu que le Groupe de travail avait reçu un appui exceptionnel du Secrétariat et a remercié la Directrice et les autres membres du personnel impliqués pour leurs efforts. Notant le peu de commentaires faits par le Sous-Comité sur le rapport, il a dit qu'il s'attendait à ce que la plupart des Membres prévoient de participer à la deuxième réunion du Groupe de travail et que par conséquent, ils réservaient leurs

commentaires jusque là. En aucun cas l'absence de discussion au sein du Sous-Comité n'indiquait un manque d'enthousiasme pour le travail du Groupe. Au contraire, les États Membres avaient montré beaucoup d'intérêt pour les mécanismes de gouvernance en discussion. Il a invité les délégués qui ne prévoyaient pas de participer à la deuxième réunion à lui faire parvenir leurs commentaires pour transmission au Groupe de travail.

12. Le Président a souligné l'importance d'une large participation par les États Membres au travail du Groupe de travail, et a exhorté tous les pays qui n'étaient pas membres du Groupe à participer à ses réunions ou à soumettre leurs commentaires au Président.

Actualisation sur le processus de renforcement institutionnel du Bureau sanitaire panaméricain (document SPP40/7)

13. La Directrice a souligné les progrès accomplis dans le processus de renforcement institutionnel depuis son dernier rapport aux Organes directeurs en septembre 2005, et elle a mis l'accent en particulier sur les mesures qui avaient été prises en accomplissement des résolutions CD46.R2 et CD46.R8, adoptées par le 46^e Conseil directeur l'année précédente et sur l'engagement du Secrétariat à exécuter les recommandations du Groupe de travail sur l'OPS au 21^e siècle (document CD46/29), des rapports du Commissaire aux Comptes et des Services de contrôle interne (documents CD45/29 et CD46/24), et du Corps commun d'inspection des Nations Unies (document CD46/23, Add. I), ainsi que de son propre Plan stratégique pour la période 2003-2007.

14. Elle a commencé par une revue du contexte du processus de renforcement institutionnel et de ses trois composantes : actions liées au développement, initiatives de transformation et réseaux. Elle a poursuivi ensuite en décrivant les progrès accomplis au titre de chaque composante, reliant l'action entreprise dans chaque cas à l'un des cinq objectifs stratégiques pour le changement organisationnel (présentés dans une matrice dans le document SPP40/8). Elle a également fait une mise à jour sur les progrès accomplis au titre de la feuille de route pour le changement organisationnel, notant que des informations supplémentaires sur plusieurs des initiatives de la feuille de route seraient présentées au Sous-Comité sous des points séparés de l'ordre du jour. Elle a ensuite passé en revue les leçons apprises du processus au courant de l'année antérieure (document SPP40/8, paragraphes 11-13). À son avis, un domaine dans lequel il restait un travail considérable à accomplir était celui de l'internalisation par le personnel des valeurs et principes philosophiques essentiels de l'Organisation et la communication de ces valeurs et de ces principes aux partenaires extérieurs. Les principes de panaméricanisme, solidarité et équité qui appuyaient le travail de l'OPS n'étaient pas encore entièrement compris. Néanmoins, des progrès importants avaient été faits dans le renforcement du travail d'équipe, non simplement pour le travail d'équipe en soi, mais parce que le personnel avait compris ses valeurs et ses avantages et avait vu que c'était là le moyen le plus efficace de répondre aux besoins des États Membres.

15. Elle a conclu en remerciant le Gouvernement du Canada pour avoir inclus une composante d'appui au processus de renforcement institutionnel dans sa contribution récente à l'Organisation à travers l'Agence canadienne de développement international (ACDI). Le Canada était le premier État Membre à avoir apporté un appui spécifiquement dans ce but.

16. Les Sous-Comité a remercié la Directrice de son rapport et de sa présentation détaillés, et a rendu hommage à l'engagement continu du Secrétariat au renforcement institutionnel. Les Membres ont loué les progrès accomplis dans la tâche complexe de consolidation et d'exécution des nombreuses recommandations et propositions du Groupe de travail sur l'OPS au 21^e siècle, du Commissaire aux Comptes, des Services de contrôle interne et du Corps commun d'inspection des Nations Unies. Le Secrétariat a été incité à poursuivre ses efforts pour terminer les changements institutionnels proposés d'ici la fin de 2007, de façon à établir une plate-forme solide à partir de laquelle serait lancé et mené à bien le plan stratégique pour la prochaine période quinquennale 2008-2012.

17. Les délégués ont fait l'éloge du leadership de l'OPS dans l'organisation de la réponse régionale à la menace de la grippe aviaire et de la pandémie de grippe humaine et ont encouragé l'Organisation à poursuivre sans relâche ses efforts pour coordonner son travail avec celui d'autres organisations afin d'utiliser les ressources de la façon la plus efficace possible et d'assurer la préparation des États Membres. Les délégués ont également applaudi le développement de modalités nouvelles et novatrices de coopération technique et le renforcement de la coopération centrée sur les pays.

18. Plusieurs commentaires et suggestions spécifiques ont été faits concernant l'information présentée dans le rapport. Un délégué a suggéré que le rôle des Centres collaborateurs de l'OMS devrait être examiné plus en profondeur et que les « réussites » — i.e., des exemples de coopération technique efficace par les Centres avec les pays des Amériques — devraient faire l'objet d'une meilleure communication. Un autre délégué a suggéré quant à lui que les « leçons apprises » devraient inclure les leçons non simplement de la perspective du Secrétariat, mais aussi de la perspective des bureaux des pays et des Centres panaméricains. Concernant l'initiative de la feuille de route, le même délégué a estimé que, outre le calendrier pour l'achèvement des différentes initiatives, les indicateurs devraient identifier quels étaient les résultats attendus de chaque initiative et la façon dont ces résultats seraient intégrés dans le travail journalier de l'Organisation. Une troisième déléguée a demandé quelles mesures étaient prises pour accroître le pourcentage de personnel qui avait divulgué les déclarations d'intérêt, qui, selon le rapport de la Directrice, était actuellement de 70 %. Elle a également demandé si la position du médiateur avait été remplie et des informations supplémentaires sur la recherche de marché mentionnée dans la présentation de la Directrice.

19. En réponse aux commentaires du Sous-Comité, la Directrice a dit que le Secrétariat avait une obligation de présenter ces rapports périodiquement aux États

Membres, incluant non simplement ceux représentés aux réunions des Organes directeurs tout au long de l'année, mais à tous les États Membres. Le Secrétariat travaillait par conséquent par le biais des bureaux des pays pour assurer que les documents et les présentations qu'il préparait pour les Organes directeurs étaient largement disséminés et discutés, non seulement par le personnel du bureau du pays, mais aussi avec les autorités nationales. Parallèlement, le Secrétariat recherchait l'apport des bureaux des pays et des Centres panaméricains sur le processus de renforcement institutionnel, et il avait incorporé cet apport dans les « leçons apprises » dans le rapport.

20. Il était vrai que l'exécution des différentes séries de recommandations constituait une entreprise complexe. Toutefois, il était important de garder à l'esprit que, malgré leurs origines et orientations diverses, les différentes initiatives de changement avaient toutes été destinées essentiellement à deux objectifs : identifier les défis majeurs de santé publique dans la Région, et déterminer que devraient être les rôles respectifs des pays et du Secrétariat pour relever ces défis. L'effort en vue de la convergence et la consolidation des recommandations avait aidé le Secrétariat à se focaliser sur le processus de renforcement institutionnel qui était, évidemment, un processus évolutif en cours, qui se poursuivrait alors que le Secrétariat s'efforcerait de s'adapter à l'évolution de la réalité extérieure.

21. Comme l'avait noté le Sous-Comité, la menace de la grippe avait donné l'opportunité de renforcer la position stratégique de l'Organisation et lui avait permis de travailler d'une manière beaucoup plus intégrée avec les pays, avec les autres agences, et avec le public. Elle avait également offert une possibilité d'améliorer divers instruments de communication, notamment le site web de l'OPS. Elle a également convenu que la coordination avec les autres agences était essentielle. Le Secrétariat avait investi des efforts considérables pour persuader les agences chargées de la santé animale d'assumer un plus grand rôle dans la réponse à la menace de grippe. Il avait mieux réussi avec l'Institut interaméricain pour la coopération dans l'agriculture (IICA) qu'avec l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO) ou l'Organisation mondiale pour la santé animale (OIE), qui avaient une présence très limitée dans les pays de la Région. Toutefois, le Secrétariat continuait à s'efforcer d'obtenir une plus grande implication de ces organismes mondiaux.

22. Elle a accueilli favorablement la suggestion d'une analyse plus approfondie du rôle des Centres collaborateurs de l'OMS et a indiqué que le Secrétariat entreprendrait la préparation d'un projet de document sur le thème, à soumettre à la considération future des Organes directeurs. L'OPS avait organisé plusieurs réunions avec les Centres collaborateurs dans le but de rendre les autorités nationales plus conscientes de leur expertise et de leur capacité à appuyer le travail sanitaire dans les Amériques. Les Centres avaient un rôle crucial à jouer dans l'exécution des plans régionaux de santé publique, sujet qui serait discuté plus à fond quand le Sous-Comité considérerait le point intitulé « Plans de santé publique pour les Amériques : Cadre conceptuel et processus. »

Outre promouvoir le travail des institutions reconnues comme Centres collaborateurs de l'OMS, le Secrétariat s'efforçait d'identifier d'autres centres nationaux d'excellence qui pourraient servir de source d'expertise pour une série de problèmes de santé publique.

23. Pour ce qui était de l'étude sur la recherche de marché, elle a dit que, si le temps le permettait, le Secrétariat avait l'intention de présenter des informations supplémentaires sous le point « Autres questions. » L'étude avait cherché à déterminer la manière dont les États Membres voyaient l'Organisation. Peut-être que la conclusion la plus notable avait été que, malgré son âge, plus de 100 ans, l'OPS n'était pas une organisation ankylosée; au contraire, elle avait pu s'adapter et changer en réponse à l'évolution des circonstances.

24. En ce qui concernait la divulgation des déclarations d'intérêt, le pourcentage de personnel qui avait signé les déclarations était maintenant passé à 83 % dans l'ensemble. Parmi les directeurs et les cadres, il était de 95 %. Le Bureau du Conseiller juridique travaillait constamment à éduquer le personnel sur ce qui constituait un conflit d'intérêt et à assurer que toutes les personnes concernées soumettent des déclarations.

25. De même, le domaine de la gestion des ressources humaines a continué à travailler à l'exécution des diverses recommandations concernant le recrutement du personnel. Il était évident que quelques changements — tels que l'augmentation du nombre de candidates et l'élargissement de la représentation géographique parmi le personnel — prendraient du temps, mais elle tenait à assurer le Sous-Comité que des efforts dans ce sens étaient en cours. Le Secrétariat espérait que pour la fin avril 2006, tous les postes critiques, dont celui du médiateur, auraient été remplis.

26. Enfin, en ce qui regardait les résultats attendus des initiatives de la feuille de route, elle a expliqué que dans de nombreux cas, les produits de ces initiatives seraient des documents de travail pour les Organes directeurs, du fait que nombreuses de ces initiatives cherchaient à développer des propositions de politique ou de stratégie qui nécessiteraient l'approbation des États Membres. Une fois approuvées, les politiques et stratégies qui en découleraient orienteraient le travail au jour le jour de l'Organisation.

Application de la gestion axée sur les résultats dans le système des Nations Unies

27. M. Even Fontaine Ortiz (Inspecteur, Corps commun d'inspection du système des Nations Unies) a présenté une vue d'ensemble du cadre conceptuel de référence qui avait été développé par le Corps commun d'inspection pour évaluer les progrès dans l'application de la gestion axée sur les résultats (GAR) dans le système des Nations Unies. Le cadre avait émergé d'une analyse détaillée de l'expérience des diverses organisations des Nations Unies avec l'application de la GAR. Entre autres conclusions clés, cette analyse avait révélé qu'il n'existait pas de modèle ni de feuille de route unique pour appliquer la gestion axée sur les résultats, qui était simplement une stratégie de

gestion. La nature et les caractéristiques spécifiques de chaque organisation dicteraient la façon dont la stratégie serait appliquée. L'analyse avait également montré que la GAR ne pouvait pas être appliquée du jour au lendemain, et qu'elle ne produirait pas des résultats immédiats. L'application de la gestion axée sur les résultats exigeait un changement de mentalité et de style de gestion, et l'arrivée de ce changement pourrait prendre des années.

28. Une partie du changement qui devait se produire dans la culture de la gestion était un revirement de la méthode traditionnelle de planification et de budgétisation dans les organisations du système des Nations Unies. Au lieu de planifier leurs activités en fonction du montant des ressources qui leur étaient disponibles comme elles l'avaient fait dans le passé, dans le contexte actuel de la budgétisation axée sur les résultats, elles avaient à faire le contraire : tout d'abord, déterminer les résultats escomptés et ensuite planifier les activités et identifier les ressources requises pour les réaliser. La mobilisation des ressources constituait un aspect critique de la GAR. L'une des erreurs les plus graves du système des Nations Unies dans le passé avait été d'établir des objectifs ambitieux sans identifier le montant et la source des ressources requises pour les réaliser. Les objectifs de la Déclaration du Millénaire en étaient un exemple fondamental.

29. Un cadre conceptuel partagé était tout aussi fondamental à l'application réussie de la GAR. Tout le monde dans une Organisation, que ce soit les membres du Secrétariat comme les États Membres, devaient avoir la même compréhension de la GAR et devaient utiliser la même terminologie pour en parler. Une autre condition importante était une division claire des tâches entre les différentes parties de l'Organisation. Le rôle des États Membres était, à travers les Organes directeurs de l'Organisation, d'apporter des orientations générales sur les objectifs à réaliser, d'approuver les ressources requises pour mener à bien les programmes, et d'exercer un contrôle général. Il incombait à la responsabilité du Secrétariat de traduire les objectifs établis par les États Membres en programmes et activités. Les États Membres devraient s'abstenir de s'engager dans la microgestion, mais cela ne signifiait pas que le Secrétariat avait carte blanche pour faire tout ce qu'il voulait. Le Secrétariat doit être redevable de l'utilisation efficace et transparente des ressources et doit rendre compte régulièrement aux États Membres des résultats atteints.

30. À partir de leur analyse, les Inspecteurs du Corps commun d'inspection avaient identifié les trois piliers pour le développement d'un système de GAR solide. Le premier était le cycle de planification, programmation, budgétisation, suivi et évaluation. La première démarche dans la gestion efficace axée sur les résultats consistait à planifier les objectifs à long terme; la prochaine était de convertir ces objectifs en des programmes concrets sur le court terme. L'expérience avait montré qu'une bonne période de planification sur le long terme était de 12 ans, alors que six ans étaient un bon cycle de programmation. La troisième étape était la budgétisation, lorsque les ressources étaient affectées à des tâches spécifiques. Les budgets couvraient généralement une période de

deux à trois ans. Le suivi et l'évaluation étaient évidemment cruciaux afin de mesurer l'impact et de montrer comment les ressources avaient été utilisées. Ils fournissaient également la base pour le prochain cycle de planification, programmation et budgétisation.

31. Le deuxième pilier de la gestion axée sur les résultats était la délégation de pouvoirs et la responsabilisation. La délégation de pouvoirs, avec une chaîne de commandement claire et verticale, était une condition essentielle à l'application réussie de la gestion axée sur les résultats. Pour qu'ils soient redevables des résultats, les cadres devaient avoir le pouvoir de décision dans tous les domaines relevant de leur responsabilité, incluant la gestion des ressources humaines et financières. La délégation de pouvoirs devrait être bien documentée et appuyée par un bon système d'information de la gestion.

32. Toutefois, aucun pouvoir ne devrait être délégué à une autre personne sans qu'un système de responsabilisation ne soit en place. Les personnes autorisées à gérer les ressources doivent comprendre les conséquences de la mauvaise utilisation de ces ressources. Un système bien fondé de responsabilisation exigeait un cadre juridique clair — i.e., une série précise de règles — et un système pour l'administration de la justice. Les systèmes traditionnels de responsabilisation basés sur la conformité devraient être remplacés par des systèmes axés sur le comportement professionnel, et il devrait y avoir un système qui récompense le bon comportement professionnel et qui sanctionne le mauvais comportement professionnel, même si ce dernier était virtuellement sans précédent dans le système des Nations Unies. De préférence, le comportement professionnel devrait être estimé au moyen d'évaluations à 360 degrés. Les autres conditions pour un bon système de responsabilisation étaient qu'il devrait être applicable à tous les niveaux, du sommet à la base, et qu'il devrait être appuyé par de solides systèmes de contrôle, dotés de la capacité d'évaluation, d'investigation et d'audit afin de détecter les cas possibles d'abus ou d'inconduite.

33. Le troisième pilier était la gestion du comportement professionnel et les contrats du personnel. Dans le système des Nations, la gestion du comportement professionnel avait longtemps été considérée comme un processus bureaucratique déconnecté de la raison d'être de l'Organisation. Pour que la gestion axée sur les résultats soit efficace, il fallait que les choses changent. Chaque membre du personnel devait avoir une compréhension précise du rôle qu'il/elle avait à jouer pour réaliser les objectifs de l'Organisation. Ceci était stipulé dans le plan de travail individuel, qui offrait les bases pour suivre le comportement professionnel du personnel.

34. Les systèmes d'évaluation du comportement professionnel devraient être clairs et objectifs, et devraient assurer que les mêmes règles s'appliquent à tous les membres du personnel. Les résultats des évaluations du comportement professionnel devraient servir de base aux actions concernant le personnel, dont les promotions, l'aménagement des

carrières et les augmentations de salaire. Les avancements d'échelon ne devraient pas être accordés automatiquement mais devraient être subordonnés à un comportement professionnel approprié. Les modalités contractuelles constituaient également un aspect crucial de la gestion du comportement professionnel. Les contrats devraient être clairement liés au comportement professionnel. L'expérience a montré que des contrats de durée indéfinie semblaient être les plus compatibles avec la gestion axée sur les résultats. Même si certainement il était important de respecter les modalités contractuelles en place, il faudrait faire un effort pour le personnel nouvellement recruté de passer de plus en plus à des contrats de durée indéfinie, leur renouvellement étant subordonné au comportement professionnel.

35. Le Sous-Comité a salué cette présentation qui incitait à réfléchir et a exprimé son ferme appui à la gestion axée sur les résultats. Toutefois, plusieurs délégués ont indiqué qu'ils n'étaient pas sûrs de la réaction des États Membres concernant ce point, en particulier du fait qu'aucun document de travail ne leur avait été donné pour leur permettre de se préparer à discuter ce thème.

36. L'Inspecteur a été prié de faire des commentaires sur la façon dont la gestion axée sur les résultats pourrait avoir un impact sur la prestation de la coopération technique dans le cas spécifique de l'OPS, et, en particulier, sur la façon dont les divergents degrés de développement des systèmes de santé dans les divers pays devraient être pris en compte lors de l'établissement d'objectifs communs dans un système axé sur les résultats. Les délégués ont également demandé quel rôle les États Membres pourraient jouer dans l'évaluation de la réalisation des objectifs de santé dans un système d'évaluation du comportement professionnel à 360 degrés.

37. Il a été remarqué que les réalisations d'objectifs régionaux en santé, tels que l'éradication de la polio ou l'élimination de la rougeole impliquaient nécessairement un nombre d'organisations et d'acteurs. Un délégué s'est demandé comment, d'un point de vue gestionnaire et programmatique, il était possible de déterminer quelle contribution chaque acteur avait faite à la réalisation de l'objectif et si, en fin de compte, il était vraiment important de le faire. Peut-être, a-t-il suggéré, que tout ce qui comptait, était en fait la réalisation collective de l'objectif. Le même délégué, tout en voyant où l'Inspecteur voulait en venir sur la microgestion, a noté que ce qui pouvait être perçu comme microgestion par les États Membres n'était parfois qu'une expression d'intérêt de bon aloi au travail du Secrétariat. Les États Membres étaient des actionnaires dans l'Organisation et, à ce titre, ils voulaient tout naturellement voir un rendement de leur investissement, à savoir des améliorations dans la santé. Il était par conséquent approprié que les États Membres prêtent attention aux détails du travail du Secrétariat.

38. Avant de répondre aux commentaires du Sous-Comité, M. Fontaine Ortiz a tenu à souligner une autre condition critique de la gestion axée sur les résultats qu'il avait oubliée de mentionner dans sa présentation : la formation des cadres. Il était souvent

assumé dans les organisations du système des Nations Unies que les personnes qui étaient des experts dans leurs domaines respectifs étaient également de bons gestionnaires. Cela n'était pas nécessairement vrai. La gestion était une profession spécialisée comme toute autre, et les personnes qui avaient des responsabilités de gestion devaient également recevoir une formation sur la façon de gérer efficacement.

39. Passant aux questions concernant le rôle des pays dans l'évaluation de la réalisation des objectifs, il a expliqué que les évaluations à 360 degrés étaient conçues essentiellement pour l'évaluation du comportement professionnel individuel, et non pour les résultats du programme. Il était évident que les deux avaient une corrélation; toutefois, l'échec d'un programme à réaliser ses objectifs pouvait se devoir à des facteurs extérieurs au-delà du contrôle du membre du personnel impliqué. Pour ce qui était de l'impact de degrés divergents de développement entre les pays, il a dit que les plans et objectifs devaient être établis en tenant compte des caractéristiques, des besoins et du degré de développement de chaque pays. C'était la raison pour laquelle le Corps commun d'inspection recommandait une approche de planification se faisant tout d'abord du bas vers le haut et ensuite du haut vers le bas. La planification devait commencer par l'identification de besoins au niveau du pays. Ces besoins étaient ensuite transmis au niveau régional, qui déterminait quelles étaient les ressources qu'il avait à sa disposition pour les satisfaire, et qui établissait les priorités en fonction des ressources disponibles.

40. Une question qui était étroitement liée à la planification et l'évaluation était la définition d'indicateurs, qui signifiait souvent un casse-tête dans le système des Nations Unies. Il fallait de l'imagination et des efforts de la part des organisations pour développer des indicateurs quantitatifs et qualitatifs pour évaluer la performance des programmes et ensuite utiliser les conclusions efficacement comme base pour le prochain cycle de planification. Actuellement, dans la plupart des organisations du système, beaucoup de temps était consacré à la planification et la programmation, alors que trop peu de temps était consacré à l'exécution. Dans de nombreux cas, la planification était faite tous les trois ans, ce qui signifiait qu'un nouveau cycle de planification était commencé avant que l'évaluation du cycle antérieur n'était achevée. Pour une bonne gestion axée sur les résultats, le cycle devait être plus long. C'était la raison pour laquelle le Corps commun d'inspection recommandait un cycle de planification de 12 ans, un cycle de programmation de six ans et un cycle de budgétisation et d'exécution de deux ans pendant lequel l'organisation pouvait se concentrer sur la mise en œuvre des activités programmées et faire les ajustements requis afin de réaliser les objectifs à long terme.

41. Le Sous-Comité a soulevé la question des défis fondamentaux auxquels se heurtait à présent le système des Nations Unies : le besoin d'une approche intégrée du développement. Une approche de ce type exigeait une coordination entre toutes les diverses agences intervenant dans le travail concernant une question particulière. Le Corps commun d'inspection proposait de produire un rapport sur ce thème au cours de l'année prochaine. Pour le moment, le meilleur conseil qu'il pouvait offrir était que les

organisations continuent sans relâche à coordonner leurs efforts. Toutefois, il fallait réaliser que cette coordination était volontaire des deux côtés, et que, du point de vue de la gestion axée sur les résultats, chaque organisation ne pouvait mesurer que ce qu'elle avait accepté de faire. Elle ne pouvait pas mesurer la contribution des autres agences ou des États Membres à la réalisation d'objectifs communs.

42. En ce qui concernait la microgestion, il a souligné qu'il y avait une différence entre microgestion et transparence. Certainement les États Membres avaient le droit de recevoir des informations sur la façon dont leurs ressources étaient utilisées, et le fait de demander ces informations ne constituait pas de la microgestion. D'autre part, intervenir dans les décisions de recrutement et dans d'autres questions administratives au jour le jour, était de la microgestion. Il a mis en garde toutefois que les pays fassent attention à ne pas faire des demandes d'information excessives, qui créaient des goulets d'étranglement et qui détournaient le temps du Secrétariat de ce que eux, les États Membres lui avaient demandé de faire.

43. Il a conclu en notant qu'en 2004 le Corps commun d'inspection avait produit une série de rapports sur l'exécution de la gestion axée sur les résultats dans le système des Nations Unies (documents JIU/REP/2004/5, 6, 7 et 8). Ces rapports développaient tous les points qu'il avait faits dans sa présentation. Ils étaient disponibles sur le site web du Corps commun d'inspection (<http://www.unsystem.org/JIU/>).

44. La Directrice a dit que son but en invitant un représentant du Corps commun d'inspection à parler au Sous-Comité, avait été de donner aux Membres le contexte pour la discussion du plan d'action de l'OPS en vue de la mise en œuvre de la gestion axée sur les résultats. Comme l'avait dit l'Inspecteur Fontaine Ortiz, il était important pour toutes les personnes concernées d'avoir la même compréhension conceptuelle et d'utiliser la même terminologie. Elle estimait qu'il aurait été difficile pour le Secrétariat de rédiger un document de travail concis sur le thème; toutefois, une ample documentation était disponible sur le site web du Corps commun d'inspection et ailleurs.

45. Sur les questions concernant la façon dont la GAR affecterait la prestation de la coopération technique de l'OPS et comment le niveau de développement de la santé nationale était pris en compte dans l'établissement des objectifs régionaux de la santé, elle a expliqué que des objectifs communs étaient établis et qu'ensuite il était déterminé quelle était la coopération technique requise par les pays individuels afin d'atteindre ces objectifs, en tenant compte de leur niveau de développement en santé, de leurs ressources, de leur système de santé et d'autres facteurs. Certains pays de la Région nécessitaient évidemment un soutien plus grand pour réaliser et maintenir des gains en santé. Pourtant, même les pays les moins développés avaient été capables de maintenir des objectifs tels que l'éradication de la polio. Cela avait été possible grâce à l'esprit de solidarité qui régnait au sein de l'OPS, permettant à l'Organisation d'aborder la

spécificité qui existait dans la diversité de la Région afin de réaliser les objectifs communs.

46. L'OPS avait l'intention de passer à un système d'évaluation à 360 degrés. Elle ne l'avait pas encore fait parce que le changement dans la culture institutionnelle auquel l'Inspecteur avait fait allusion n'était pas suffisamment avancé et qu'il y avait encore beaucoup de préjugés parmi le personnel contre ces évaluations. Elle estimait que ces préjugés seraient dissipés toutefois, une fois que le personnel avait vraiment expérimenté l'approche de l'évaluation à 360 degrés. Cela avait été le cas avec un groupe de cadres de l'OPS qui avaient participé à un programme de développement du leadership de l'OMS, où tous les membres du groupe avaient procédé à des évaluations à 360 degrés. Ils avaient tous trouvé l'expérience des plus utiles.

47. Enfin, elle souhaitait informer l'Inspecteur qu'il y avait des organisations dans le système des Nations Unies qui licenciaient du personnel pour des raisons de mauvais comportement professionnel, et que l'OPS était l'une d'entre elles. En fait, elle l'avait fait à huit occasions au cours des trois années précédentes.

Plan d'action pour la mise en œuvre de la gestion axée sur les résultats au Bureau sanitaire panaméricain (document SPP40/9)

48. Mme Dianne Arnold (Directrice de l'Administration a.i., OPS) a présenté le plan d'action pour mettre en œuvre la gestion axée sur les résultats dans le travail du Secrétariat, en soulignant que la GAR n'était pas un nouveau concept à l'OPS; elle avait longtemps fait partie intégrante du système de planification et d'évaluation (AMPES) de l'Organisation et d'autres instruments de planification et de programmation. Toutefois, alors que l'OPS avait eu de nombreuses pièces du puzzle de la GAR en place pendant de nombreuses années, elle ne disposait pas d'un cadre clairement articulé de gestion et de responsabilisation qui mettrait toutes ces pièces ensemble. Le cadre de responsabilisation de l'OPS (décrit dans le document SPP40/9, paragraphe 7), actuellement en cours de développement, comblerait cette lacune. Les autres activités présentement en cours aux fins de l'achèvement de la mise en œuvre de la GAR incluaient la conception d'un nouveau cadre de gestion, la reformulation de la délégation de pouvoirs et des processus d'évaluation périodique, la mise en œuvre d'instruments de collaboration et de partage de l'information, et le parachèvement du système de gestion de l'intégrité et de résolution des différends.

49. Le Secrétariat réalisait que l'exécution intégrale de la GAR serait un processus compliqué et de longue durée et qu'il nécessiterait un changement profond dans la culture institutionnelle. En conséquence, les actions prévues pour le reste de 2006 incluaient la communication d'instruments de GAR dans l'ensemble de l'OPS; la formation à la GAR pour tout le personnel, et des cours de développement de gestion afin d'assurer que tous les cadres avaient les compétences de gestion nécessaires; la redéfinition des processus

d'évaluation et de prise de décision; la mise en œuvre du système de gestion de l'intégrité et de résolution des différends, comprenant la formation du personnel; et la poursuite de la mise en place d'instruments de partage du savoir.

50. En 2007 et au cours des années suivantes, le Secrétariat porterait ses efforts sur la reformulation des systèmes d'évaluation du comportement professionnel du personnel et leur rattachement aux objectifs programmatiques; l'amélioration des processus de planification des ressources humaines et leur rattachement aux compétences requises en vue des résultats programmatiques; l'amélioration de la capacité de relier les ressources consacrées aux objectifs programmatiques; et l'amélioration des mécanismes des rapports en vue d'une prise de décisions transparente. De plus, comme l'OMS et de nombreuses autres organisations du système des NU, l'OPS étudierait des moyens de simplifier le nombre et les types de contrats et de rendre l'ensemble du processus de recrutement et de contrat plus transparent et plus facile à administrer.

51. Le Sous-Comité était invité à faire des commentaires sur le plan d'action et à partager les bonnes pratiques ou les leçons apprises de la mise en œuvre de la GAR dans des institutions nationales.

52. Le Sous-Comité a favorablement accueilli les mesures en train d'être prises pour la mise en œuvre intégrale de la gestion axée sur les résultats à l'OPS et pour en faire le moteur des pratiques et de la culture institutionnelle de l'Organisation. Le rattachement de l'allocation des ressources et du comportement professionnel individuel aux objectifs organisationnels en particulier, a été applaudi. Les délégués ont convenu que, plus particulièrement dans une institution entreprenant une transition aussi grande, il était d'une importance critique que tout un chacun comprenne exactement ce qu'était l'essence de l'Organisation et la façon dont tous l'aidaient à atteindre ses objectifs. Le Secrétariat a été prié d'expliquer plus en détails comment ce rattachement serait accompli.

53. Notant que l'OPS n'était pas l'exécutrice des interventions dans la plupart des cas, un délégué a demandé qu'il soit précisé si le cadre de gestion mentionné au paragraphe 8 du document SPP40/9 concernerait seulement les cadres de l'OPS ou s'il comprendrait également les questions de gestion concernant les contreparties de l'Organisation, les ministères de la santé et autres parties prenantes, qui étaient les exécuteurs des activités au niveau des pays. En ce qui concernait le cadre de responsabilisation, le même délégué a convenu qu'il devait être basé sur la performance, plutôt que défini par des règles et basé sur les aspects administratifs, mais a conseillé que l'OPS fasse attention à ce que les processus de responsabilisation ne s'enlisent pas, comme cela s'était produit dans d'autres agences des Nations Unies.

54. Plusieurs délégués ont relaté les expériences et leçons tirées de la mise en œuvre de la GAR dans les institutions sanitaires de leurs pays respectifs. Des délégués ont

également exprimé l'espoir qu'au fur et à mesure que l'OPS augmentait son excellence dans la gestion axée sur les résultats, elle assurerait la coopération technique pour assister les institutions nationales à améliorer leurs pratiques de gestion.

55. Le Délégué du Canada a dit qu'une leçon majeure tirée du processus au sein de Health Canada était que l'usage des observations concrètes, tout en étant important pour la prise de décisions, n'était que l'un des moteurs qui influençaient les décisions. D'autres moteurs, tout aussi importants, étaient les attitudes sociales, les valeurs et les perceptions publiques sur ce qui pouvait et devait être fait. Un troisième moteur qu'il fallait garder à l'esprit dans la planification était les plateformes des partis politiques, qui déterminaient les priorités des programmes, leurs objectifs et les indicateurs qui en découlaient. Une autre leçon apprise portait sur le point mentionné plus tôt par l'Inspecteur Fontaine Ortiz concernant les sanctions par opposition aux récompenses des résultats : une exécution réussie de la GAR nécessitait que les membres du personnel aient confiance dans le fait qu'ils ne seraient pas punis lorsque les résultats ne seraient pas à la hauteur de ce qui avait été prévu mais qu'au contraire, ils seraient encouragés à faire les ajustements nécessaires et à aller de l'avant.

56. Le Délégué de l'Argentine a dit que la GAR était exécutée dans son pays à travers des « engagements de résultats de gestion » pour chaque unité organisationnelle. La non-réalisation des résultats attendus pourrait affecter les allocations de ressources ultérieures à l'unité. La Déléguée du Costa Rica a indiqué que les institutions de son pays avaient estimé que le grand avantage de la GAR était qu'elle offrait un cadre pour réaliser les indicateurs. Une de ses limitations toutefois, était la tendance à porter davantage les efforts sur l'efficacité que sur la rentabilité qui, comme le Sous-Comité en était bien conscient, était la première préoccupation dans les interventions en santé. De plus, il y avait parfois un décrochement entre réalisation des résultats programmatiques et amélioration de la situation sanitaire, qui était le but ultime du travail du secteur de la santé. En conséquence, dans l'évaluation des résultats, il était nécessaire de regarder non seulement la façon dont le comportement professionnel individuel contribuait à la réalisation des objectifs programmatiques, mais aussi la façon dont le travail des programmes contribuait à la réalisation d'une santé meilleure.

57. Mme Arnold a remercié les Membres des exemples utiles de l'application de la GAR dans leurs pays et a invité d'autres États membres à partager également leurs expériences. Elle ne voulait pas laisser le Sous-Comité sous l'impression qu'il n'y avait à présent pas d'interaction entre les objectifs au niveau individuel et les objectifs au niveau de l'unité ou du programme. En fait, chaque membre du personnel développait des objectifs en consultation avec son supérieur, et il incombait ensuite au cadre responsable d'assurer que ces objectifs appuyaient directement le programme de travail et les résultats escomptés. Le Secrétariat cherchait simplement à systématiser et renforcer ce processus afin de permettre aux cadres tout comme aux individus de mieux comprendre leurs contributions spécifiques au travail global de l'Organisation.

58. La Directrice a dit que l'une des pièces clés manquantes de la gestion axée sur les résultats à l'OPS avait été un cadre conceptuel formel avalisé par les pays qui permettrait une compréhension commune de ce que signifiait la gestion axée sur les résultats pour une organisation comme l'OPS. Les éléments du plan d'action indiqués dans le document SPP40/9 avaient pour objet de fournir ce cadre. Une autre pièce manquante avait été l'instrument de planification à long terme mentionné précédemment par l'Inspecteur Fontaine Ortiz. Avant 1984, l'Organisation avait eu une série de Plans de santé de 10 ans pour les Amériques, qui représentaient la volonté collective des États Membres et qui établissaient les objectifs communs de santé publique qu'ils souhaitaient réaliser pendant chaque période de 10 ans. Le Secrétariat entendait ressusciter ce cadre de planification à long terme sous la forme de l'Agenda de la Santé pour les Amériques, que le Sous-Comité discuterait plus tard. L'OPS avait besoin de ce cadre de référence afin d'établir la contribution spécifique de l'Organisation à la réalisation des objectifs des pays. Ce n'est que quand la contribution spécifique aurait été établie que l'Organisation pourrait prendre la responsabilité des résultats et en être redevable.

59. Une fois que la contribution de l'OPS avait été établie, il fallait décider quelle serait la contribution spécifique de chaque partie du Secrétariat (unités techniques, bureaux des pays, Centres panaméricains, etc.). Ensuite, en fonction des résultats attendus, la contribution de chaque personne serait établie, ce qui, à son tour, fournirait le cadre pour évaluer le comportement professionnel, tant par l'Organisation et son Secrétariat que par chaque membre du personnel.

60. Le point soulevé par le Délégué du Canada concernant les perceptions publiques était digne d'attention. L'OPS devait être attentive à la fois aux perceptions du public en général et aux perceptions de son propre personnel. Ces dernières étaient très importantes parce que, même si elles ne se fondaient pas sur des observations concrètes comme l'avait dit le Canada, les perceptions étaient un facteur clé pour convaincre le personnel et introduire le changement interne qui mènerait à la transformation nécessaire dans la culture organisationnelle et, en dernier recours, à la réussite de la gestion axée sur les résultats.

61. À la demande de la Directrice, le Dr Karen Sealey (Chef de secteur, planification, budget programme et soutien aux projets, OPS) a répondu aux questions concernant l'interaction entre le système de planification et d'évaluation de l'Organisation (AMPES) et son système d'évaluation du comportement professionnel. Elle a souligné que la clé pour l'évaluation du comportement professionnel individuel et les résultats du programme dans un système de gestion axée sur les résultats était d'établir clairement dès le départ quels étaient les résultats attendus et qui était responsable de leur réalisation. Au fil des années, le Secrétariat avait affiné AMPES, de sorte qu'il était maintenant possible d'identifier quelles étaient les unités et les membres du personnel qui étaient responsables de chaque résultat attendu, inclus dans le budget programme biennal. Ce qu'elle n'avait pas réussi à faire systématiquement, était de faire en sorte que cette information devienne

la base pour l'établissement des objectifs de travail individuels. C'était là le lien entre la planification et les ressources humaines que le Secrétariat s'efforcerait de renforcer, le but étant d'assurer que les membres du personnel comprennent que leur travail était réellement important et que les résultats qu'ils atteignaient en tant qu'individus déterminaient oui ou non si l'Organisation dans son ensemble était en mesure de réaliser ses objectifs.

62. La Directrice a ajouté qu'un aspect important du travail en cours concernant le suivi du comportement professionnel était l'amélioration de l'instrument informatisé utilisé à cette fin pour identifier clairement la contribution de la personne aux objectifs de son unité ou programme. Un autre aspect était l'examen par les collègues des programmes de travail des différentes unités. Du fait que de nombreuses unités contribuaient à la réalisation des objectifs de santé publique, il était important, du point de vue de la mesure de la responsabilisation et du comportement professionnel, que toutes les personnes impliquées devaient fournir des apports à la formulation du programme de travail destiné à réaliser les résultats attendus.

63. La Présidente a remarqué que dans l'analyse finale, c'était les États Membres qui étaient responsables de réaliser les résultats en santé. Toutefois, les pays recevaient l'appui à cette fin de l'OPS et d'autres partenaires. Par conséquent, dans l'analyse et la planification de la santé au niveau national, à travers la stratégie de coopération avec les pays ou d'autres instruments, il était important pour les gouvernements de distinguer clairement les rôles qu'ils attendaient que jouent les différents partenaires pour répondre aux besoins de coopération en santé du pays. Sans cette clarté, il serait très difficile de mesurer la contribution de chaque acteur.

64. La Directrice a convenu qu'il était essentiel pour chaque acteur d'être clair sur les responsabilités auxquelles il s'engageait et sur ce dont il acceptait d'être redevable. Du fait que la santé était influencée par de nombreux déterminants sociaux, économiques et environnementaux, il était également important que le secteur de la santé soit clair sur la part qu'il jouerait vis-à-vis d'autres secteurs en réalisant les objectifs nationaux de la santé. Comme l'avait fait remarquer l'Inspecteur Fontaine Ortiz, pour que la gestion axée sur les résultats fonctionne, ces attentes devaient être définies dès le départ du processus de planification et budgétisation.

Résultats financiers de l'Organisation panaméricaine pour la période 2004-2005 : Vue d'ensemble des ressources et des tendances financières (document SPP40/INF/1)

65. Mme Sharon Frahler (Chef de secteur, gestion financière et établissement des rapports financiers, OPS) a introduit ce point en présentant une série de diapositives qui complétaient l'information contenue dans le document SPP40/INF/1 et qui soulignaient l'évolution des résultats financiers de l'OPS sur la dernière décennie. Elle a commencé en attirant l'attention sur les contributions, la partie la plus critique des revenus de

l'Organisation. Les collectes avaient augmenté considérablement au cours des deux dernières périodes biennales. En 2004-2005, les collectes totales, incluant les contributions de l'année en cours et de l'année antérieure, étaient les plus élevées qu'elles avaient été depuis le début des années 1990. Plus important, tous les États Membres s'étaient acquittés d'un paiement. À compter du 20 mars 2006, 19 pays avaient fait des paiements pour l'année en cours et cinq avaient versé intégralement leurs contributions de 2006. Le Secrétariat appréciait au plus haut point les efforts des États Membres à s'acquitter sans délai de leurs contributions.

66. L'Organisation tirait ses revenus divers de deux sources : (1) l'intérêt sur les investissements, les gains du taux de change, et d'autres revenus; et (2) l'épargne sur les engagements de périodes antérieures ou l'annulation de ces engagements. Le revenu divers était difficile à prédire pour plusieurs raisons. Tout d'abord, les projections du revenu divers étaient faites trois ans avant la fin de chaque période biennale, et il était difficile de prévoir comment les conditions économiques pourraient changer dans l'entretemps. Le revenu divers était également fortement affecté par les intérêts gagnés sur le portefeuille des investissements de l'Organisation. De 1994-1995 à 2000-2001, les taux d'intérêt avaient augmenté et le portefeuille s'était développé régulièrement. Les taux d'intérêt avaient fortement baissé après cela, se traduisant par une perte d'environ \$10 millions¹ de la valeur du portefeuille et par une forte chute du revenu divers en 2002-2003. En 2004-2005 les taux d'intérêt avaient commencé à augmenter à nouveau et le portefeuille s'était redressé. Parce que le Secrétariat s'attendait à ce que les taux d'intérêt continuent à la hausse en 2006-2007, il projetait un revenu divers de \$14,5 millions pour la période biennale en cours, comparé à la projection de \$13,5 millions pour la période biennale 2004-2005 (le revenu divers réel en 2004-2005 était de \$11,5 millions).

67. La politique d'investissement du Secrétariat reposait sur trois principes directeurs, dont le premier et le plus important était la préservation du capital. Sa préoccupation absolue en ce qui concernait l'investissement et la gestion financière en général, était de protéger l'argent qui lui était confié par les États membres. Ensuite, l'investissement doit correspondre à l'utilisation entendue des fonds; en d'autres termes, si un État Membre avait donné des fonds au Secrétariat pour un but spécifique tel que des acquisitions, ces fonds ne pouvaient pas être investis. Enfin, le Secrétariat s'efforçait de maximiser la rentabilité des investissements, mais sans mettre à risque les fonds des États Membres. Il investissait dans des instruments prudents, tels que des certificats de dépôt et des comptes de marché monétaire pour des périodes variables, en prenant toujours soin d'assurer que des liquidités suffisantes étaient disponibles pour couvrir les salaires et autres obligations.

68. Une analyse des tendances du financement pour les 10 années antérieures avait indiqué que les contributions étaient restées relativement stagnantes, comme l'avait été le

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

revenu divers et la plupart des autres sources de revenu. Le Fonds renouvelable pour l'achat de vaccins d'autre part, avait augmenté considérablement, passant de \$53,4 millions en 1996-1997 à plus de \$302 millions en 2004-2005. La capitalisation du Fonds avait également augmenté, passant de \$7,1 millions en 1995 à \$34,9 millions. Comme le savaient les Membres, le Fonds renouvelable était un mécanisme par l'intermédiaire duquel l'OPS achetait des vaccins au nom des États Membres. Les pays payaient soit à l'avance (pour de grosses commandes) soit après la livraison de leurs commandes de vaccins (le paiement dans les 60 jours était requis). Le Fonds était capitalisé à partir de la commission de 3% que l'Organisation prélevait pour ses services d'achat.

69. Pour ce qui était des dépenses, la tendance était la même. En 2004-2005, les dépenses s'élevaient à un total de plus de \$700 millions, plus du double du montant dépensé en 1996-1997. Ici aussi, le Fonds renouvelable pour l'achat de vaccins représentait la plus grande partie de cette augmentation.

70. Mme Frahler a conclu en mentionnant certains des problèmes et des défis financiers auxquels se heurtait présentement l'Organisation. Elle a décrit également quelques nouvelles initiatives en matière de gestion financière. L'un des principaux défis au cours des années récentes avait été les services bancaires et l'introduction de contrôles bancaires stricts, incluant le rapprochement journalier de tous les soldes des comptes bancaires afin d'empêcher les détournements de fonds. Le Secrétariat examinait actuellement les meilleures options pour les services bancaires, dont les services bancaires électroniques, à la fois pour le siège de l'OPS et pour les bureaux des pays. Une fois qu'il serait satisfait que tous les contrôles et mesures de sécurité nécessaires étaient en place, il entendait transférer la responsabilité de certaines fonctions de gestion financière et de comptabilité aux bureaux des pays.

71. Plusieurs nouvelles initiatives avaient réduit les coûts, et permis au Secrétariat de faire davantage sans ajouter du personnel, dont l'automatisation des processus financiers et la rationalisation des remboursements des frais de déplacement et des procédures de passation de marchés. La négociation d'un nouvel algorithme pour calculer la part de l'OPS des prestations de l'assurance maladie pour les retraités de l'OMS vivant dans la Région s'était traduite par une épargne d'environ \$2 millions en 2004-2005 et continuerait à économiser de l'argent à l'Organisation dans les années à venir.

72. L'introduction possible des Normes de comptabilité internationales du secteur public (NCISP) en 2010 représenterait un défi majeur pour le Secrétariat, car les NCISP diffèrent considérablement des normes de comptabilité actuelles des Nations Unies. D'autres défis futurs étaient décrits dans le document SPP40/INF/1 (paragraphe 17).

73. Le Sous-Comité a remercié Mme Frahler de sa présentation claire et instructive qui avait permis aux Membres de mieux apprécier la complexité de la gestion des finances de l'Organisation. Les délégués ont félicité le Secrétariat pour ses efforts à

réaliser des économies de coût et pour ses mesures proactives pour contrer la fraude et rationaliser divers processus. Ils ont également applaudi le succès de l'OPS dans la négociation des prix favorables pour les vaccins et autres fournitures de santé publique, les matériels pédagogiques et l'équipement pour les États Membres.

74. En relation aux défis futurs, le Secrétariat a été prié de faire des commentaires sur les effets que pourrait avoir la transition possible aux NCISP en ce qui concernait l'alignement sur le Système de gestion mondiale de l'OMS. À cet égard, une déléguée a fait remarquer que, si les NCISP devaient être adoptées par l'Assemblée générale des Nations Unies, une approche progressive de leur mise en œuvre était recommandée. Elle a encouragé l'OPS à suivre cette approche afin de faciliter la transition. Elle a également demandé un supplément d'information sur les défis spécifiques impliqués dans l'alignement des Règles de gestion financière et du Règlement financier de l'OPS sur ceux de l'OMS. Un autre délégué a voulu savoir si, du fait que les retraités de l'OMS qui n'avaient jamais travaillé dans la Région et recevaient des prestations de l'OPS, les retraités des Amériques qui résidaient maintenant dans d'autres Régions de l'OMS recevaient des prestations des Bureaux régionaux correspondants. Le même délégué, notant que l'Organisation des États américains (OEA) avait récemment adopté une résolution concernant le barème des contributions pour les États Membres, a demandé que seraient les implications qu'aurait la résolution pour l'Organisation et pour ses Membres, étant donné que l'OPS faisait à la fois partie des Nations Unies et des systèmes interaméricains.

75. Le Délégué du Canada, faisant allusion au paragraphe 8 du document concernant l'allocation de l'OMS à la Région, a rappelé que lors de la session de 2005 du Sous-Comité, la Directrice avait engagé les États Membres à plaider auprès de l'OMS afin d'assurer que les Amériques reçoivent une part plus équitable des contributions volontaires de l'OMS. Il avait récemment demandé des informations sur cette question à l'OPS et avait été surpris d'apprendre que la Région ne recevait qu'environ 1,2% des fonds extrabudgétaires de l'OMS. Par exemple, sur les \$99 millions que l'OMS avait reçus de sources extrabudgétaires pour la surveillance des maladies transmissibles, seulement \$84.000 étaient destinés aux Amériques. Les ressources extrabudgétaires de l'OMS pour la lutte contre la tuberculose se montaient à \$117 millions au total, mais les Amériques n'avaient reçu que \$913.000. Il recommandait que cette information soit largement colportée aux États Membres dans la Région, afin de les équiper pour faire des pressions efficaces en faveur d'une part plus importante des contributions volontaires de l'OMS pour les Amériques.

76. Répondant aux questions du Sous-Comité, Mme Frahler a dit que s'il y avait effectivement quelques retraités de l'OPS vivant en dehors des Amériques, ils étaient très peu nombreux. Il y avait beaucoup plus de retraités de l'OMS qui avaient choisi de prendre leur retraite dans les Amériques, même s'ils n'avaient jamais travaillé dans la Région. Pour ce qui était des défis que comportait l'alignement des Règles de gestion

financière et du Règlement financier de l'OPS sur ceux de l'OMS, un défi majeur avait trait à la gestion des fonds fiduciaires octroyés à l'Organisation par les États Membres pour des projets spécifiques. Dans le cadre de son projet de nouvelles règles, l'OMS proposait de créditer les fonds fiduciaires à ses comptes et de commencer la mise en œuvre du projet le jour auquel l'accord avec l'État Membre était signé, même si les fonds n'avaient pas été effectivement reçus. Cela signifiait que, du moins initialement, l'OMS exécutait le projet avec ses propres fonds. Elle pouvait le faire parce qu'elle disposait d'un fonds de roulement important et parce que l'OMS, contrairement à l'OPS, avait l'option de contracter des emprunts internes. L'OPS n'était tout simplement pas en mesure de commencer à exécuter les projets de fonds fiduciaires avec ses propres fonds.

77. En ce qui concernait les NCISP et les implications pour l'alignement sur le Système de gestion mondiale de l'OMS (SGM), si l'OPS décidait de mettre en œuvre le système mondial, également elle mettrait en œuvre automatiquement les NCISP, car l'OMS s'était engagée à adopter les nouvelles normes de comptabilité. Toutefois, le Secrétariat continuait à peser le pour et le contre de la mise en œuvre du système. L'un des aspects négatifs majeurs était le coût : les estimations préliminaires indiquaient que la mise en œuvre du SGM s'élèverait aux environs de \$10 millions, et il n'apparaissait pas clairement quelle était la part de ce montant que l'Organisation pouvait s'attendre à recevoir de l'OMS. Si l'OPS devait décider d'adopter les NCISP, elle suivrait certainement l'approche progressive recommandée. Des changements pourraient commencer dès la période biennale 2008-2009.

78. La Directrice a ajouté que l'une des principales considérations concernant la mise en œuvre possible du Système de gestion mondiale portait sur le double statut de l'OPS en tant que Bureau régional de l'OMS et organisation indépendante au sein du système interaméricain. Cela signifiait que l'OPS devait doublement rendre compte, ce qui à son tour signifiait que son système actuel, AMPES, était plus élaboré à certains égards que le système de l'OMS. Généralement parlant, quand il s'agissait d'aligner des systèmes de ce type, la partie avec le système le plus avancé risquait de perdre le plus à la fois en termes des investissements faits dans le système lui-même et de la formation du personnel pour l'utiliser. Le Secrétariat par conséquent étudiait la situation de près pour voir si les avantages du passage au Système de gestion mondiale étaient proportionnés à la dépense que ce passage impliquerait. Une meilleure option pourrait consister à assurer l'interconnexion et l'interopération des deux systèmes. Quoi qu'il en soit, l'OPS continuerait à mener à bien les activités nécessaires de notification et à garantir la transparence et la responsabilisation requises eu égard aux activités financées par l'OMS.

79. Pour ce qui était des contributions, conformément au Code sanitaire panaméricain et à la Constitution de l'OPS, le barème des contributions de l'Organisation était basé sur le barème de l'OEA. Si l'OEA changeait son barème des contributions, l'OPS était obligée d'ajuster son barème en conséquence. Une proposition serait préparée pour la considération du Comité exécutif en juin. Il reviendrait aux États Membres de décider

d'adopter le nouveau barème soit pendant la période biennale en cours soit pendant la période biennale suivante.

80. En ce qui concernait le Fonds renouvelable pour l'achat de vaccins, elle estimait qu'il était important de clarifier que la commission de 3% prélevée par l'OPS était utilisée pour capitaliser le Fonds; il ne s'agissait pas d'un profit réalisé par l'Organisation. C'était en accroissant le capital dans le Fonds que l'OPS serait en mesure de continuer à fournir des vaccins pour les programmes nationaux de vaccination à des prix abordables et de continuer à permettre aux pays de différer les paiements. Si les pays choisissaient d'acheter les vaccins et les fournitures d'immunisation à d'autres agences parce qu'elles prélevaient un pourcentage plus faible, elles nuiraient à la capacité du Fonds à continuer à fonctionner, ce qui veut dire qu'ils se nuiraient à eux-mêmes et à leurs pays frères dans la Région, en particulier les pays plus petits dont les programmes de vaccination dépendaient fortement du Fonds renouvelable. De plus, ils violaient un des principes fondamentaux sur lequel l'OPS était bâtie : la solidarité.

Méthodologie pour la formulation du Plan stratégique 2008-2012 du BSP et d'un Agenda proposé de la santé pour les Amériques 2008-2017 (document SPP40/3)

81. Ce point a été introduit par le Dr Karen Sealey (Chef de secteur, planification, budget programme et soutien aux projets, OPS) et M. Dean Chambliss (Chargé de la planification, planification, budget programme et soutien aux projets, OPS). Le Dr Sealey a commencé par mettre en relief les facteurs clés de l'environnement actuel de la planification et les innovations proposées pour le prochain cycle de planification. Ensuite, M. Chambliss a décrit la méthodologie et le calendrier proposés pour la formulation du Plan stratégique pour 2008-2012 et d'un Agenda de la santé pour les Amériques pour la période 2008-2017. Ce dernier était l'une des principales innovations pour le prochain cycle de planification. L'Agenda de la santé pour les Amériques fournirait le cadre de planification à long terme auquel l'Inspecteur Fontaine Ortiz avait fait allusion précédemment. Il établirait des objectifs et des cibles stratégiques, identifiés par les États Membres. Ensuite les États Membres et le Secrétariat travailleraient ensemble à leur réalisation. La contribution du Secrétariat serait établie dans le Plan stratégique, qui traduirait les objectifs stratégiques au niveau de l'Organisation en résultats attendus au niveau de la Région que le Secrétariat devrait atteindre. Le Plan stratégique serait un lien clé entre l'Agenda de la santé et les budgets-programmes biennaux, qui étaient un outil biennal très spécifique aux opérations. Il serait également un outil essentiel de la gestion axée sur les résultats.

82. Même si le Corps commun d'inspection recommandait un cycle de planification à long terme de 12 ans et un cycle de planification à moyen terme de six ans, le Secrétariat devait rendre des comptes à la Conférence sanitaire panaméricaine tous les cinq ans, et il était par conséquent proposé que le Plan stratégique à moyen terme continue à couvrir cette période. Comme son précurseur, le Plan de santé de 10 ans pour les Amériques,

l'Agenda de la santé pour les Amériques engloberait une décennie, englobant deux plans stratégiques et cinq budgets-programmes biennaux.

83. L'Agenda de la santé et le Plan stratégique seraient tous deux développés au moyen d'un processus participatif, avec un grand nombre d'apports des États Membres. Il était proposé que l'Agenda de la santé devait être approuvé par une réunion spéciale des ministres de la santé qui se tiendrait au milieu de l'année 2007, qui coïnciderait éventuellement avec l'Assemblée mondiale de la Santé en mai. Il offrirait ensuite la base pour le parachèvement du Plan stratégique, qui devrait être soumis à la Conférence sanitaire panaméricaine en septembre 2007. Outre l'apport des États Membres, l'information en cours de compilation pour la prochaine édition de *Health in the Americas* serait utilisée dans le processus de planification.

84. Le Secrétariat proposait qu'un groupe d'orientation de haut niveau soit établi pour assister à la formulation de l'Agenda de la santé et du Plan stratégique. Le document SPP40/3 suggérait une composition possible du groupe d'orientation et établissait également un calendrier pour la préparation des deux documents. Le Sous-Comité était prié de commenter et d'avaliser le processus et le calendrier de planification proposés et de nommer des représentants des États Membres au groupe d'orientation proposé.

85. Le Sous-Comité a exprimé son accord général aux propositions présentées dans le document SPP40/3. Plusieurs délégués ont remarqué que l'approche proposée de la planification à long et à moyen termes répondait aux différentes préoccupations exprimées par le Groupe de travail sur l'OPS au 21^e siècle en matière de gouvernance et de transparence. Les délégués ont également estimé que l'approche faisait la démonstration claire de l'engagement du Secrétariat à la planification et la gestion axées sur les résultats.

86. Néanmoins, quelques délégués ont considéré que certains aspects du document, et le processus de planification qui y était proposé, nécessitaient des clarifications. Alors qu'il était reconnu que le document constituait une première tentative de définir une méthodologie pour le développement de l'Agenda de la santé et du Plan stratégique, il était estimé qu'il était parfois trop vague pour donner aux États Membres un sens réel de la façon dont le processus irait de l'avant, de ce qu'y serait leur rôle spécifique, de ce qu'y serait le rôle du Secrétariat et de ce que le Secrétariat considérait comme sa voie. Plusieurs délégués étaient soucieux de savoir si la consultation nécessaire avec les États Membres pouvait prendre place dans le délai très serré disponible pour la préparation des deux documents.

87. Le Secrétariat a été prié d'élucider le concept de « chemin croisé » (« crosswalk ») mentionné dans le document (SPP40/3, paragraphe 18) et d'expliquer comment il éliminerait le besoin de double notification. Il a également été demandé de clarifier la relation entre l'Agenda proposé de la santé pour les Amériques et le onzième

programme général de travail de l'OMS (GPW). Il a été remarqué que le GPW serait le point de départ pour la formulation de l'Agenda régional de la santé car, une fois adopté, il guiderait les activités de l'OMS dans son ensemble, dont les Amériques. Le besoin d'harmoniser la planification et les objectifs de l'OPS avec ceux de l'OMS a été souligné. Un délégué, notant que les États Membres de l'OPS étaient intervenus activement dans les consultations régionales sur le onzième GPW, a demandé la clarification d'une déclaration dans la présentation orale qui semblait suggérer que le processus de planification de l'OMS avait été déficient dans les apports des pays.

88. Les délégués ont fait part de leur ferme soutien à l'idée d'un agenda régional de la santé de 10 ans qui représenterait la volonté collective des pays, mais ils ont fait remarquer que le développement de cet agenda dans un contexte marqué par des disparités prononcées entre les pays serait un défi. Ils ont estimé qu'un document de planification sur le long terme de ce type faciliterait en fait la planification de la santé aux niveaux national et sous-régional. Sur ce dernier point, plusieurs délégués ont souligné le besoin d'assurer des interactions claires entre l'agenda régional et les agendas sous-régionaux de la santé et également d'incorporer les objectifs liés à la santé établis dans d'autres forums régionaux, tels que les Sommets des Amériques. Les délégués ont également estimé qu'un agenda régional de la santé convenu par consensus offrirait des orientations utiles aux autres organismes travaillant aux besoins de la santé dans la Région, ce qui à son tour faciliterait la mobilisation et l'acheminement de ressources de coopération en santé. À cet égard, plusieurs délégués ont souligné le besoin d'assurer des ressources suffisantes pour mener à bien l'Agenda de la santé. Ils ont suggéré que le document SPP40/3 soit renvoyé au document SPP40/4 (Cadre de l'OPS pour la mobilisation des ressources). Le renvoi au document SPP40/9 (Plan d'action pour la mise en œuvre la gestion axée sur les résultats au Bureau sanitaire panaméricain) a également été recommandé.

89. Le Sous-Comité a mis en avant le besoin de la participation active des États Membres au développement dynamique de l'Agenda de la santé pour les Amériques. Il a fait remarquer que les Plans de santé de 10 ans pour les Amériques avaient été formulés en grande partie par le Secrétariat; la participation des pays s'était limitée pratiquement à une « approbation sans discussion » des plans dans les sessions des Organes directeurs. Cela avait peut-être été compréhensible à l'époque, parce que la capacité nationale en matière de planification de la santé n'était pas bien développée dans de nombreux pays. Toutefois, cette situation avait changé, et les pays étaient maintenant en position d'avoir un rôle beaucoup plus actif dans le développement d'un agenda régional de la santé. Pour ce qui était du contenu de l'agenda, un délégué a dit qu'à son avis, il n'était pas approprié pour le Secrétariat d'établir des objectifs stratégiques pour les États Membres; qu'il devait plutôt se focaliser sur l'établissement d'objectifs qu'il pourrait réaliser par ses seules actions et qu'il devrait apporter aux États Membres l'assistance technique et autre pour leur permettre d'atteindre les objectifs qu'ils avaient établis pour eux-mêmes.

90. Les délégués étaient favorables à l'idée de créer un groupe d'orientation, mais ont souligné que le groupe devrait intervenir directement dans la formulation de l'agenda. Il était estimé que quatre représentants des États Membres — le nombre proposé dans le document SPP40/3 — ne serait pas suffisant pour assurer une vaste participation des pays au processus. Ils estimaient également que les fonctions et les termes de référence du groupe d'orientation devaient être clarifiés. L'Argentine, le Brésil, le Canada et le Costa Rica ont fait part de leur intérêt à être membres du groupe. Le Délégué de la Barbade a suggéré que la sous-région des Caraïbes soit représentée dans le groupe d'orientation.

91. Le Dr Sealey a assuré le Sous-Comité que c'était la supposition du Secrétariat que le onzième Programme général de travail de l'OMS servirait de point de départ au développement d'un agenda régional de la santé. En fait, il était prévu que l'agenda régional de la santé serait une interprétation de l'agenda mondial de la santé, correspondant spécifiquement aux Amériques, qui avaient des particularités et des besoins qui n'étaient pas pris en compte dans le onzième GPW.

92. Elle n'avait pas voulu laissé entendre qu'elle n'avait autre que la plus grande estime pour le GPW ou le processus par lequel il avait été développé. Il offrait une description excellente d'une vision globale pour la santé pour la période 2006-2015. Cependant, il ne comportait pas de buts explicites. Du point de vue d'un responsable de la planification, elle aurait espéré que le GPW soit plus directement lié au plan stratégique à moyen terme de l'OMS. Ce plan, qui était actuellement en cours de préparation, comportait des objectifs stratégiques, mais pour des raisons de contrainte de temps, il serait impossible d'obtenir un apport direct utile des États Membres sur les objectifs avant que le plan ne soit soumis à la considération des Organes directeurs de l'OMS.

93. Le Secrétariat estimait que l'apport direct des pays était essentiel à l'établissement d'objectifs stratégiques collectifs spécifiquement pour l'OPS. Elle considérait par conséquent que les commentaires du Sous-Comité relatifs à la composition du groupe d'orientation étaient très pertinents. Après d'autres réflexions, le Secrétariat estimait qu'il conviendrait d'établir deux groupes, l'un pour le développement de l'agenda régional de la santé, avec la participation maximum des États Membres, et un autre groupe, plus petit, pour assister le Secrétariat à formuler le Plan stratégique pour 2008-2012.

94. Elle tenait à bien préciser que les buts stratégiques devant être inclus dans l'Agenda proposé de la santé pour les Amériques seraient établis par les États Membres. Le Secrétariat jouerait un rôle de soutien, en fournissant l'analyse des questions de santé et en aidant à rédiger le document, mais en dernier ressort le contenu de l'Agenda de la santé serait déterminé par les pays. Cela était essentiel pour la gestion axée sur les résultats, qui ne fonctionnerait pas si les buts établis ne faisaient que refléter et impacter le plan du Secrétariat. Toutefois, il était tout aussi essentiel pour la gestion axée sur les

résultats que les buts établis collectivement par les États Membres soient tenus en compte dans les plans nationaux de la santé.

95. M. Chambliss a attiré l'attention sur le diagramme dans le paragraphe 18 du document SPP40/3, qui illustre la relation entre le onzième Programme général de travail et l'Agenda proposé de la santé pour les Amériques et indiquait la relation proposée de planification et de rapports entre l'OPS et l'OMS. Comme l'avait dit le Dr Sealey, le onzième GPW ne contenait pas de buts ou d'indicateurs explicites et par conséquent ne faisait pas partie de la « chaîne de résultats » formelle. Par conséquent, en définissant les buts stratégiques à inclure dans l'Agenda proposé de la santé pour les Amériques, l'OPS devrait prendre ses orientations initiales dans le plan stratégique à moyen terme de l'OMS. C'était au niveau du but et du résultat attendu que le Secrétariat espérait construire des « chemins croisés », liant les buts stratégiques de l'OPS et les résultats attendus au niveau de l'Organisation aux objectifs stratégiques de l'OMS et les résultats attendus au niveau de l'Organisation, afin de réduire les demandes de rapports aux cadres techniques de l'OPS tout en montrant comment l'OPS, incluant le Secrétariat et les États Membres, contribuait à l'agenda mondial de la santé.

96. Quant à la façon dont le Secrétariat voyait son rôle, comme l'avait expliqué le Dr Sealey, il jouerait un rôle de facilitation en développant l'agenda régional de la santé et en suivant et en établissant les rapports des progrès sur la voie des buts stratégiques contenus dans l'agenda, conscient toutefois que ces buts étaient pour tous les acteurs dans le secteur de la santé, et non simplement pour l'OPS ou son Secrétariat. Dans le cadre du Plan stratégique d'autre part, le Secrétariat définirait des résultats attendus spécifiques pour lesquels il serait entièrement responsable. Évidemment, il y aurait une relation logique entre la réalisation des résultats attendus par le Secrétariat et la réalisation des buts stratégiques plus vastes.

97. La Directrice a noté que, constitutionnellement, l'OPS avait un double rôle : le rôle d'aider les pays à établir leurs buts et le rôle de collaborer avec eux pour atteindre ces buts. Elle a estimé qu'il était important de clarifier que l'Agenda proposé de la santé pour les Amériques ne serait pas un plan. Ce serait une vision collective et une série de buts que les États membres souhaitaient atteindre. C'était cet élément qui manquait dans la gestion axée sur les résultats à l'OPS tout comme à l'OMS. L'OPS disposait actuellement d'un Plan stratégique qui stipulait ce que le Secrétariat avait l'intention de réaliser, mais elle n'avait pas un document contenant les buts qui formaient la base servant à définir les responsabilités du Secrétariat. L'OMS avait le onzième Programme général de travail, qui présentait un agenda mondial de la santé, mais il ne comportait pas les buts établis par les États Membres. Le projet de plan stratégique à moyen terme de l'OMS contenait des buts, sous la forme de 15 objectifs stratégiques, mais ils n'avaient pas été établis en consultation avec les États Membres.

98. À son avis, la participation directe des États Membres à la prise de décisions sur les buts et les politiques était en train de faiblir au sein de l'OMS. Selon elle, l'Assemblée mondiale de la Santé avait largement perdu son caractère de véritable assemblée délibérante. Au lieu de cela, elle fonctionnait comme une sorte de conseil dans lequel les États Membres examinaient les propositions soumises par le Secrétariat et soit les approuvaient soit les changeaient, mais ils n'étaient pas directement impliqués dans la détermination de ce qu'ils voulaient collectivement.

99. En formulant un agenda régional de la santé, il était important de garder à l'esprit que l'OPS était guidée non simplement par ce que l'OMS et l'Assemblée mondiale de la Santé décidaient, mais aussi par les mandats liés à la santé convenus par les États Membres de l'OPS dans d'autres forums internationaux. De plus, les diverses entités sous-régionales avaient établi des mandats qui devaient eux aussi être pris en compte dans l'agenda régional de la santé. Elle estimait que ce qui était requis, était un document intégré qui reliait ensemble tous les divers objectifs et mandats ayant trait à la santé. Dans ce sens, ce que le Secrétariat proposait de faire n'était pas de créer une nouvelle vision mais de donner expression à la vision qui existait déjà dans un document unique qui servirait de base pour définir la contribution spécifique requise de l'OPS afin de faire de cette vision une réalité. Toutefois, l'agenda régional de la santé, en tant que l'expression légitime de la volonté collective des pays des Amériques, pourrait également servir de base pour déterminer la contribution des autres acteurs et organismes intervenant dans le secteur de la santé dans la Région. Sans un document de cet ordre, il serait impossible d'harmoniser et d'aligner les efforts ou d'établir la responsabilisation pour les résultats.

100. La Présidente a remarqué que le Sous-Comité semblait être généralement d'accord avec la proposition de développer un agenda régional de la santé de 10 ans qui établirait la vision collective des États Membres et les buts qu'ils souhaitaient réaliser, et un plan stratégique de cinq ans qui définirait le rôle du Secrétariat pour atteindre ces buts. Toutefois, le Sous-Comité ne semblait pas être préparé à avaliser la proposition relative au groupe d'orientation sans avoir reçu d'autres informations quant à sa composition et ses fonctions. Par conséquent, elle a demandé au Secrétariat de formuler une proposition plus détaillée concernant les membres et les termes de référence pour le groupe.

101. Le Sous-Comité a ensuite examiné un document préparé par le Secrétariat, qui proposait la création d'un groupe d'orientation composé de 12 membres, parmi lesquels six ou sept seraient des cadres supérieurs ou planificateurs des États Membres, incluant, mais sans s'y restreindre, un membre de la sous-région du Cône Sud (MERCOSUR), un de la sous-région andine, un de l'Amérique centrale, un des Caraïbes anglophones, un des Caraïbes hispanophones, et un de l'Amérique du Nord. Cinq membres seraient des représentants de partenaires en santé, devant être choisis parmi des universités, des organisations des Nations Unies, des ONG, des institutions financières internationales et/ou d'autres institutions de santé. Il était également proposé qu'un sous-groupe du

groupe d'orientation de l'Agenda de la santé assiste le Secrétariat à formuler le plan stratégique.

102. Les Membres du Sous-Comité estimaient qu'il leur fallait davantage de temps pour considérer et discuter la proposition. Il était convenu qu'une consultation virtuelle serait organisée à cette fin. Le Secrétariat était prié de faire les arrangements nécessaires et d'assurer le soutien technique.

Plans de santé publique pour les Amériques : Cadre conceptuel et processus (document SPP40/8)

103. Le Dr Alba María Ropero (Conseiller régional sur les immunisations, OPS) a introduit le document SPP40/8, qui avait été préparé par une équipe interdisciplinaire au sein du Secrétariat au titre d'une des initiatives de la feuille de route. Elle a noté que le thème des plans régionaux de santé publique était étroitement lié au cadre de planification à long terme discuté par le Sous-Comité dans le cadre du point antérieur de l'ordre du jour, car ces plans pouvaient être un moyen d'opérationnaliser l'Agenda proposé de la santé pour les Amériques. Elle a commencé par expliquer que le titre de l'initiative avait initialement été dénommé « programmes régionaux de santé publique » mais qu'il avait été changé par crainte que le terme « programme » ne soit compris comme les programmes régionaux traditionnels de l'Organisation. Ceci aurait déplacé le centre de l'attention de la véritable focalisation des plans régionaux de santé publique : les États Membres.

104. Dans la rédaction du document, le groupe interdisciplinaire s'était fortement appuyé sur les recommandations du Groupe de travail sur l'OPS au 21^e siècle (document CD46/29). Il avait également examiné et tiré les leçons des programmes et des initiatives régionaux les plus réussis, en particulier le Programme élargi de vaccination. De plus, l'équipe avait eu des discussions avec des cadres de l'OPS et d'autres acteurs dans la Région. Le résultat était le document devant le Sous-Comité, qui décrivait un cadre conceptuel et un processus pour le développement et la mise en œuvre de plans régionaux de santé publique.

105. Les plans régionaux de santé publique étaient considérés comme un outil stratégique pour coordonner les efforts de tous les niveaux et de tous les acteurs afin de réaliser les buts de la santé publique. Le document établissait les critères de base, les caractéristiques, les fonctions et la structure fonctionnelle de ces plans. Il identifiait également certaines des activités qui devraient être menées à bien au niveau sous-régional et au niveau des pays afin de les exécuter, et il discutait leurs implications pour la coopération technique de l'OPS/OMS.

106. Le Sous-Comité a été prié de commenter le cadre présenté dans le document, de considérer des mécanismes pour adoption formelle des plans par les États Membres, et

déterminer les mécanismes qui seraient requis pour mettre en œuvre et suivre les plans de santé publique dans les Amériques.

107. Le Sous-Comité a accueilli favorablement l'initiative de développer un cadre conceptuel pour les plans régionaux de santé publique. Les Membres estimaient que l'initiative offrait des preuves claires que les recommandations du Groupe de travail sur l'OPS au 21^e siècle étaient prises sérieusement. Le Sous-Comité a également exprimé un soutien général aux plans régionaux de santé publique comme moyen de cibler des problèmes spécifiques, notant que la nature transfrontières des processus de maladies faisait qu'il était essentiel que les pays joignent leurs forces pour les combattre au moyen d'interventions partagées ou coordonnées. La grippe aviaire a été mentionnée comme un parfait exemple d'un problème sanitaire exigeant une approche régionale coordonnée.

108. Néanmoins, quelques délégués ont fait savoir qu'ils ne comprenaient pas bien le but et le contenu du document ainsi que la nature des plans en question. Ils ont fait remarquer que le document était très théorique et qu'il portait beaucoup plus sur le processus que sur le contenu, ce qui pouvait aboutir au développement de plans qui en fin de compte faisaient très peu de différence au niveau du pays. Plusieurs délégués ont mis en garde contre une focalisation excessive sur le processus au détriment de l'exécution, soulignant que la planification ne devait pas devenir une fin en soi et qu'il était important de ne pas perdre de vue le fait que l'objectif global de la planification et de la programmation était d'apporter des changements dans la situation de la santé au niveau des pays. Ils ont également souligné que, conformément aux principes de la gestion axée sur les résultats, les premières étapes de tout processus de planification devaient être de hiérarchiser les priorités, d'identifier les problèmes à traiter, et d'établir les objectifs; ce n'est qu'alors que des plans devraient être formulés dans le but de réaliser ces objectifs.

109. Plusieurs délégués estimaient que le rôle crucial d'un fort leadership par les ministères de la santé au niveau des pays devait être mis en relief dans le document. À cet égard, un délégué a noté que les plans régionaux de santé publique pouvaient être tout autant efficaces que les plans aux niveaux sous-régional, national et sous-national. Plusieurs délégués ont souligné l'importance d'adapter les plans mondiaux et régionaux aux réalités, aux besoins et aux priorités nationaux et l'importance d'assurer l'intervention des pays dans le processus de planification afin de veiller à ce que les plans qui en résultaient répondaient véritablement aux besoins ressentis. Le besoin de respecter les décisions nationales concernant la participation dans un plan régional particulier a également été souligné.

110. Des délégués ont suggéré que, pour bien préciser que le cadre et le processus proposés avaient pour but de changer ou d'améliorer, le document bénéficierait d'une section d'introduction ou de contexte, qui expliquait quels étaient les défauts ou les points faibles qui avaient été découverts dans le processus actuel de formulation et d'exécution des plans régionaux. Ils ont également suggéré que le document devait préciser la relation

entre les plans régionaux de santé publique et l'Agenda proposé de la santé pour les Amériques, les plans stratégiques du BSP et d'autres éléments du cadre de planification de l'Organisation. Un délégué a fait remarquer qu'il était difficile de discerner de l'information dans le document, comment l'approche proposée était nouvelle et comment elle différait de ce que l'OPS faisait déjà, par exemple par le biais des stratégies de coopération avec les pays. Un autre délégué a dénoté que le document n'expliquait pas la différence entre les plans et les programmes et que parfois, il semblait utiliser les deux termes de façon interchangeable.

111. En ce qui concernait la demande que le Sous-Comité devrait considérer des mécanismes en vue de l'adoption formelle des plans par les États Membres, les délégués ont demandé des précisions sur ce que, spécifiquement, les États Membres étaient priés d'adopter, du fait que le document SPP40/8 ne contenait pas de plans concrets. Les délégués ont également demandé si l'intention était de soumettre le document à la considération du Comité exécutif; et si c'était le cas, le document aurait besoin d'être révisé et clarifié, en particulier s'il devait constituer la base d'une résolution.

112. Le Dr Roper a indiqué que l'objectif du Secrétariat en soumettant le document à la considération du Sous-Comité avait été d'obtenir précisément la sorte de réactions dont les Membres avaient fait état. Le cadre conceptuel était un travail en cours; le Secrétariat était conscient du fait qu'il avait besoin d'être perfectionné. Les commentaires du Sous-Comité avaient mis en relief les domaines qui avaient besoin d'être précisés et ils seraient très utiles au Secrétariat pour réviser le document.

113. La Directrice a affirmé que ce point, tout comme celui qui l'avait précédé, avait été porté à l'attention du Sous-Comité parce qu'il était l'élément concerné par la programmation et la planification, et que les plans régionaux de santé publique étaient l'un des instruments de planification de l'Organisation. Comme il avait été expliqué dans la discussion antérieure sur la gestion axée sur les résultats, il était essentiel que toutes les personnes impliquées partagent un cadre conceptuel commun et une terminologie commune; sinon, beaucoup de temps serait perdu dans des discussions inutiles sur les concepts et le langage. La confusion à propos des termes « programme » et « plan » illustre pleinement le besoin d'une terminologie normalisée.

114. Dans le document SPP40/8, le Secrétariat ne proposait pas un nouveau plan régional de santé publique ni n'en recherchait l'approbation. Il proposait plutôt un cadre conceptuel et une terminologie communs pour ces plans, de sorte que lorsqu'un plan particulier était utilisé comme base pour établir les résultats attendus et les objectifs de performance, tous les divers acteurs impliqués pouvaient être sûrs qu'ils « parlaient la même langue » et que les mêmes normes étaient appliquées à tous les niveaux dans l'évaluation des résultats. Le cadre conceptuel s'efforçait d'identifier les attributs essentiels d'un plan couronné de succès et les normes ou conditions au moyen desquelles il pouvait être mesuré, en s'inspirant de l'expérience de l'Organisation avec les plans

régionaux précédents. À cet égard, elle a convenu qu'il serait utile d'inclure dans le document une revue des leçons apprises tant des plans qui avaient été réussis que de ceux qui ne l'avaient pas été.

115. Une leçon importante apprise des expériences passées était que pour réussir, les plans régionaux de santé publique devaient être envisagés comme des mandats par toutes les personnes concernées : l'Organisation, les États Membres, les donateurs et autres partenaires, et la société civile. C'était la seule façon d'assurer la responsabilisation. Au niveau national, il fallait assurer que le plan constituait un mandat pour les autorités à tous les niveaux, du président et du congrès, en descendant jusqu'aux maires et aux autres autorités locales.

116. Pour ce qui était de la demande au Sous-Comité concernant les mécanismes pour l'adoption formelle de plans régionaux de santé publique, elle a expliqué que l'intention était de demander des orientations aux États Membres sur la procédure pour l'approbation de plans futurs — par exemple, un plan pour la réduction de la mortalité infantile ou pour la mise en œuvre du nouveau Règlement sanitaire international dans la Région — par les Organes directeurs. En ce qui concernait la relation entre les plans régionaux de santé publique et les autres instruments de planification, elle a noté qu'une fois approuvé l'Agenda de la santé pour les Amériques, il serait important d'assurer qu'un plan régional existait pour la réalisation de chacun des buts stratégiques établis par les États Membres. Quant au fait que le document devait ou non aller au Comité exécutif, à son avis, il ne devait pas, du fait que le Secrétariat ne soumettait pas présentement de proposition concrète à l'approbation des Organes directeurs, et que, comme l'avaient précisé les commentaires du Sous-Comité, un nombre de points dans le document avaient besoin d'être précisés.

117. Rappelant que son pays et d'autres avaient suggéré pendant des années que le travail du Sous-Comité devait porter sur les questions de planification, d'administration et de budgétisation, le Délégué du Canada a noté avec satisfaction que l'inclusion de ce point et de tous ceux qui précédaient dans l'ordre du jour du Sous-Comité indiquait clairement un coup de barre dans cette direction. Le Groupe de travail sur la rationalisation des mécanismes de gouvernance de l'OPS examinerait le rôle du Sous-Comité en plus de détails quand il se réunirait plus avant dans la semaine.

118. La Présidente a indiqué que si les Membres semblaient convenir que l'initiative était bonne et que le Secrétariat devait certainement continuer à peaufiner le cadre conceptuel, il semblait qu'il y avait consensus du Sous-Comité sur le fait que le document n'était pas prêt pour être soumis à la considération du Comité exécutif.

Cadre de l'OPS pour la mobilisation des ressources (document SPP40/4)

119. Le Dr Philippe Lamy (Chef de secteur, gouvernance, politiques et partenariats, OPS), a présenté le document SPP40/4, notant que, tout comme le cadre conceptuel pour les plans régionaux de santé publique, le cadre de mobilisation des ressources avait également été développé au titre d'une des initiatives de la feuille de route, le but ultime étant de mettre sur pied une stratégie de mobilisation des ressources pour l'Organisation. La stratégie serait conçue non seulement pour mobiliser les ressources financières et non financières pour le Secrétariat et par son intermédiaire, mais aussi pour élargir la mobilisation des ressources destinées à la santé au niveau des pays. Faisant allusion aux commentaires faits précédemment par le Sous-Comité dans sa discussion sur l'Agenda proposé de la santé pour les Amériques et le plan stratégique du BSP, il a mis l'accent sur le fait que le Secrétariat était pleinement conscient du besoin d'aligner et d'articuler les propositions et instruments de planification divers sur la stratégie de mobilisation des ressources, dont le but était de les appuyer.

120. Il a résumé les principaux points présentés dans le document, dont les antécédents de la proposition, les facteurs contextuels tels que l'évolution de l'assistance officielle au développement (AOD) et d'autres sources d'assistance multilatérales et bilatérales, et les composantes principales du cadre proposé de mobilisation des ressources, qui serviraient de point de départ à la conception subséquente de la stratégie de leur mobilisation. Il a ensuite présenté une vue d'ensemble du travail de l'équipe de mobilisation des ressources de la feuille de route et a décrit certains des progrès qui avaient été accomplis sur la voie du développement de la stratégie depuis que le document SPP40/4 avait été publié.

121. Le produit final des efforts de l'équipe serait une stratégie collective de mobilisation des ressources composée de quatre segments de base ou groupes de partenaires : institutions internationales de financement, partenaires bilatéraux au niveau du pays, partenaires d'entreprises et commerciaux et organisations de la société civile telles que des ONG et des fondations philanthropiques. L'équipe examinait la façon de travailler mieux avec de nouvelles sources de ressources tant financières que non financières pour la santé, telles que le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, et étudiait également des moyens de renforcer les liens avec le secteur privé, incluant des entités commerciales ainsi que des entités sans but lucratif. Les négociations récentes avec des compagnies pharmaceutiques avaient montré qu'il y avait un intérêt parmi les acteurs du secteur commercial à des partenariats financiers ainsi qu'à une assistance non financière (par exemple, par le biais de la fourniture d'expertise technique).

122. Quelques produits à livrer préliminaires de l'équipe de mobilisation des ressources incluaient l'analyse de la situation interne et externe pour chacun des quatre groupes de partenaires; l'accès de l'OPS à la base de données des donateurs et à la formation assurée par le Centre de la Fondation, un centre d'échanges d'information sur

les fondations et d'autres sources de fonds de dons; l'identification du rôle potentiel de la Fondation panaméricaine pour la Santé et l'Éducation (FPASE) dans la mobilisation des ressources financières et non financières; les contributions au développement des directives de l'Organisation sur la collaboration avec les entreprises privées; et l'identification de la série des compétences et de la formation du personnel requises en vue d'une mobilisation efficace des ressources.

123. Le Sous-Comité a accueilli avec satisfaction le cadre de mobilisation des ressources, qui était considéré comme un outil utile pour la planification à moyen et long terme de la mobilisation des ressources. Les Membres ont applaudi en particulier les efforts pour promouvoir l'harmonisation avec d'autres partenaires et l'alignement sur ceux-ci, incluant ceux du secteur privé. L'Organisation était encouragée à continuer le travail pour tirer parti des ressources et des capacités disponibles dans le secteur privé, mais il a été souligné qu'il fallait faire attention à ne pas enfreindre les principes et les critères éthiques en poursuivant ces relations. Les Membres ont également marqué leur accord à l'idée d'un dialogue de politique renforcé avec les partenaires à travers des forums à partenaires multiples, comme le proposait le document SPP40/4 (paragraphe 40-41). À cet égard, les Membres ont suggéré que l'OPS pourrait envisager la convocation d'une réunion régionale du Secrétariat et des États Membres avec des représentants d'organismes privés afin d'examiner plus en détail les possibilités de mobilisation des ressources dans le secteur privé.

124. Les délégués ont estimé que le cadre proposé faciliterait une approche axée sur les programmes, fournissant une modalité par laquelle les pays les plus fortement développés pourraient appuyer la mise en œuvre de programmes régionaux, plutôt que des projets spécifiques, qui souvent n'assuraient pas autant de viabilité que les donateurs auraient souhaité voir. Ils ont également estimé que le cadre permettrait d'utiliser les ressources disponibles dans les pays moins développés, qui avaient des capacités professionnelles et institutionnelles appréciables à offrir. L'Organisation était encouragée à rechercher des moyens pour mieux tirer parti de l'expertise disponible au niveau des pays en identifiant les institutions d'excellence qui pourraient servir de centres internationaux de référence similaires aux Centres collaborateurs de l'OMS. Les délégués ont également recommandé que l'OPS renforce la capacité de ses bureaux des pays à mobiliser des ressources financières et non financières au niveau des pays. Ils ont suggéré que les liens entre les bureaux des pays et les ministères de la santé, en particulier leurs bureaux de coopération internationale, soient également renforcés dans ce but. L'importance de l'incorporation d'entités sous-régionales dans les efforts de mobilisation des ressources a également été mise en relief.

125. Les délégués ont félicité l'OPS pour sa réussite à mobiliser des contributions volontaires, et ont demandé un complément d'information sur les domaines de travail auxquels ces fonds avaient été affectés et sur la façon dont ils avaient été distribués entre les États Membres, en particulier les cinq pays prioritaires de l'Organisation. Tout en

reconnaissant l'importance de répondre aux besoins des pays plus pauvres, les délégués ont également souligné l'importance de ne pas négliger les besoins des pays à revenu intermédiaire, et ils ont exhorté l'Organisation à travailler pour accroître leur accès aux ressources et aux programmes de coopération.

126. Il a été suggéré qu'alors que le Secrétariat poursuivait son travail sur le développement de la stratégie de mobilisation des ressources, il serait utile d'articuler certains objectifs de base en suivant le modèle du cadre de mobilisation des ressources de l'OMS. Ces objectifs pourraient inclure, inter alia, des efforts de mobilisation des ressources ancrés dans un engagement par le Secrétariat à être un centre d'excellence axé sur les résultats pour la Région; un engagement à la responsabilisation, à la transparence, au contrôle et à l'utilisation des ressources à tous les niveaux; à la mobilisation des ressources axée sur des priorités convenues de l'OPS; et aux efforts pour assurer l'efficacité optimale des ressources volontaires à l'aide d'une coordination accrue avec les objectifs de l'assistance en santé existante au niveau des pays. Il a été également suggéré que la section du document portant sur le plaidoyer et le dialogue de politique soit clarifiée, car il n'apparaissait pas clairement comment ces activités contribueraient spécifiquement à la mobilisation des ressources.

127. Le Dr Lamy a convenu qu'il était en fait très important de mobiliser la capacité professionnelle et institutionnelle au niveau des pays; le Secrétariat considérait cela comme un élément important devant être inclus dans la stratégie de mobilisation des ressources. Il a également convenu que les bureaux des pays, en conjonction avec les ministères de la santé, avaient un rôle important à jouer en aidant à mobiliser davantage de ressources pour utilisation au niveau des pays. À cet égard, l'OPS travaillait à une proposition pour renforcer la capacité de mobilisation des ressources des bureaux de la coopération internationale des ministères de la santé, en collaboration avec le réseau régional de ces bureaux.

128. Répondant à la demande d'information sur l'allocation des contributions volontaires entre domaines de travail et les États Membres, il a indiqué que les données couvrant plusieurs périodes biennales étaient actuellement en cours de compilation et qu'elles seraient incluses dans la prochaine itération du document. En ce qui concernait la demande de clarification sur la relation entre le dialogue de politique et le plaidoyer et la mobilisation des ressources, il a cité l'exemple de l'initiative régionale « trois millions d'ici 2005 ». C'était l'appui politique, technique et financier mobilisé au sein du Sommet des Amériques qui avait permis à la Région de réaliser l'objectif établi par les États Membres.

129. Il a assuré le Sous-Comité que même s'il n'avait pas répondu spécifiquement à chaque commentaire, il avait soigneusement pris note de toutes les suggestions et recommandations concernant la stratégie de mobilisation des ressources et qu'il les communiquerait au reste de l'équipe de la feuille de route.

130. La Directrice a fait remarquer que de nombreux outils et stratégies actuels de l'OPS pour la mobilisation des ressources avaient pris naissance dans les années 1980 avec l'initiative « Santé : Un pont pour la paix en Amérique centrale », qui avait été l'un des efforts de mobilisation des ressources les plus réussis dans l'histoire de l'Organisation. Elle avait mené à la formation de nombreux partenariats nouveaux, dont des relations avec des partenaires extérieurs à la Région, qui existaient toujours maintenant.

131. Elle estimait qu'il était important de souligner le fait qu'alors que de nombreuses nouvelles formes et modalités de coopération avaient émergé dans les dernières années, le montant effectif de financement fourni pour la coopération du développement international n'avait pas augmenté. Il était difficile de voir comment les nombreux objectifs de développement établis par les pays du monde au cours des dernières années pouvaient être réalisés si cette situation se perpétuait.

132. Le Secrétariat était profondément conscient des problèmes auxquels se heurtaient les pays à revenu intermédiaire en matière de mobilisation des ressources et étudiait des moyens d'accroître leur accès au financement dans le cadre d'initiatives telles que le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, et d'assurer la représentation de leurs intérêts auprès des organes régissant ces initiatives. L'un des atouts qu'utilisait le Secrétariat dans les négociations avec les investisseurs internationaux était, précisément, la capacité professionnelle et institutionnelle qui existait dans les pays à revenu intermédiaire, qui donnait la possibilité de réaliser un impact considérable sur le court terme avec un investissement relativement modeste. Il fallait également fortement insister sur le besoin de protéger les réalisations en santé du passé dans ces pays.

133. Le Secrétariat étudiait également la façon dont il pouvait travailler à travers les États Membres de l'OPS à forger des partenariats plus solides avec les institutions financières multilatérales, en particulier la Banque mondiale et la Banque interaméricaine de développement, et à assurer un rôle plus actif pour l'Organisation dans les opérations de coopération technique liées à la santé financées par les Banques. L'OPS avait joui d'une relation de collaboration beaucoup plus étroite avec la Banque interaméricaine de développement pendant les années 1960 et 1970, grâce à laquelle la Région avait vu la plus grande expansion de la couverture d'approvisionnement en eau et assainissement de son histoire. L'affaiblissement de ce partenariat dans les années qui avaient suivi avait été une grande perte pour les pays des Amériques; à son avis, cela avait été un facteur majeur dans la résurgence du choléra dans la Région au cours des années 1990.

134. En ce qui concernait les contributions volontaires, elle a rappelé que la résolution du budget de l'année antérieure (résolution CD46.R8) avait encouragé tous les pays à faire des contributions volontaires pour appuyer les priorités identifiées dans le scénario de 2% d'augmentation présenté dans le *Document officiel 317*, et avait demandé au

Secrétariat de rendre compte de ces efforts. Elle était très heureuse d'informer le Sous-Comité que les pays répondaient à cet appel. En fait, même les deux pays les plus petits de la Région, Saint Kitts et Nevis et les îles Cayman avaient déjà fait des contributions volontaires.

Stratégie régionale pour une approche intégrée de la prévention des maladies chroniques et de la lutte contre celles-ci, y compris l'alimentation, l'activité physique et la santé (document SPP40/11)

135. Le Dr Carissa Etienne (Sous-Directrice, OPS) a introduit le document SPP40/11, soulignant qu'il ne présentait pas de stratégie détaillée ou de plan d'action. Le document résumait l'analyse de situation et les lignes d'action prioritaires qui représentaient les résultats initiaux du processus de développement d'une stratégie régionale et d'un plan d'action pour une approche intégrée de l'épidémie croissante des maladies chroniques dans la Région. Le Secrétariat demandait l'apport du Sous-Comité, conformément à son engagement à assurer une vaste consultation et à conduire des processus participatifs pour la préparation et la définition des plans d'action régionaux.

136. Le processus de développement de la stratégie et du plan d'action avait commencé par une analyse de situation, qui avait inclus un examen de la littérature, la compilation des données et une enquête sur la capacité nationale en matière de prévention et de lutte contre les maladies chroniques dans la Région menée en 2005. Une analyse préliminaire des conclusions de l'enquête indiquait que, jusqu'à présent, la réponse à l'épidémie de maladies chroniques avait été inadéquate. Il y avait eu un manque d'action intégrée; les pays ne disposaient pas de législation sur la lutte contre le tabagisme et l'alimentation et la nutrition; et peu de pays avaient alloué des ressources à la prévention des maladies non transmissibles et à la lutte contre celles-ci.

137. Une réunion de planification avait été tenue en janvier 2006 avec les conseillers régionaux de l'ensemble de l'Organisation, incluant le personnel et les experts du Secrétariat et des pays. Le résultat avait été un document cadre qui identifiait l'objectif global (prévoir et réduire le fardeau des maladies chroniques et facteurs de risque apparentés dans les Amériques) et les quatre principales lignes d'action à poursuivre (politique publique et plaidoyer, surveillance, promotion de la santé et prévention des maladies, et gestion intégrée des maladies chroniques et des facteurs de risque). Suite à une réunion de consultation tenue en février 2006, le document cadre avait été révisé et amplifié pour y inclure les priorités et les sous-priorités, les objectifs et les sous-objectifs pour chaque ligne d'action, et les mesures de la performance. Le document révisé avait été circulé à tous les États Membres, et le Secrétariat travaillait à travers les Représentants de l'OPS/OMS pour assurer que des consultations dans les pays étaient tenues dans toute l'Amérique latine et les Caraïbes. Des consultations sous-régionales seraient également tenues au moyen de vidéoconférences. Un comité d'examen analyserait les apports reçus de ces consultations pour continuer à façonner et définir la

stratégie régionale et le plan d'action. Le projet de document final devait être prêt en mai 2006 et serait présenté au Comité exécutif en juin 2006 et ensuite au Conseil directeur en septembre 2006.

138. Le Sous-Comité a exprimé son ferme soutien à une stratégie régionale intégrée, mettant l'accent sur la prévention et les soins des maladies chroniques. Le Sous-Comité a également loué les efforts de l'OPS pour assurer la participation à part entière des États Membres à la formulation de la stratégie et du plan d'action, qui étaient considérés essentiels à leur réussite. Les Membres estimaient que la stratégie régionale ferait pendant et contribuerait à la mise en œuvre de la Stratégie mondiale de l'OMS pour la prévention des maladies non transmissibles et la lutte contre celles-ci et de la Stratégie mondiale de l'OMS sur l'alimentation, l'activité physique et la santé. Ils pensaient que la stratégie régionale servirait également d'orientation utile aux États Membres alors qu'ils s'efforçaient de développer leurs propres plans nationaux pour la prévention des maladies chroniques et la lutte contre celles-ci et que cela donnerait une opportunité d'intégrer les initiatives et les programmes sur les maladies chroniques qui étaient actuellement exécutés d'une manière fragmentée.

139. Un délégué a exprimé toutefois des préoccupations sur le fait que la stratégie régionale empièterait substantiellement sur la Stratégie mondiale de l'OMS sur l'alimentation, l'activité physique et la santé ainsi que sur la stratégie régionale proposée sur la nutrition et le développement. Il pensait que ce double emploi devait être évité et que l'OPS devait porter ses efforts sur la mise en œuvre de la Stratégie mondiale de l'OMS dans les Amériques plutôt que de développer des stratégies parallèles.

140. Les délégués ont souligné un nombre de questions qui devaient être prises en considération alors que le travail sur la stratégie et le plan d'action se poursuivait. Plusieurs délégués ont également fait état d'initiatives sur la prévention des maladies chroniques et la lutte contre celles-ci en cours dans leurs pays respectifs. À cet égard, l'importance des échanges de l'expérience et de l'information entre pays dans ce domaine a été soulignée; ils ont fait remarquer que le document contenant la stratégie régionale pourrait bénéficier de l'inclusion d'un résumé des expériences nationales, peut-être sous forme d'un tableau ou d'une matrice. La valeur du travail dans des réseaux collaborateurs a également été mise en relief, par exemple les programmes Villes/Municipalités saines et CINDI de l'OMS (Intervention intégrée sur les maladies non transmissibles au niveau du pays) et CARMEN de l'OPS (Stratégies de réduction des maladies non transmissibles à facteurs multiples).

141. Le besoin d'un accent accru sur la promotion de la santé et la prévention des maladies a été mis en avant par de nombreux délégués. Ils estimaient que la promotion de la santé visant la prévention des maladies chroniques devait commencer tôt, à l'aide de programmes scolaires de promotion et d'éducation de la santé, afin d'encourager les enfants et les jeunes gens à pratiquer des modes de vie sains et à les décourager d'adopter

des habitudes malsaines qui pourraient se traduire par des taux plus élevés de diabète, de maladies cardiovasculaires et d'autres maladies chroniques dans leur vie adulte. En ce qui concernait le diabète, il a été noté que la stratégie devait également porter sur l'identification et le traitement du pré-diabète, car les faits observés avaient montré qu'une intervention précoce pouvait empêcher le pré-diabète de devenir diabète. L'importance de la détection et de l'intervention précoces pour toutes les maladies chroniques a été mise en relief.

142. Les délégués ont également signalé le besoin de prêter attention aux maladies mentales, qui coexistaient souvent avec des conditions chroniques telles que le cancer, les maladies cardiaques et le diabète. Mal traitée, la maladie mentale pouvait mener à des comportements malsains, au non respect des instructions médicales et à un mauvais pronostic des patients souffrant de maladies chroniques. Il était recommandé que l'OPS utilise le Programme d'action mondiale pour les maladies mentales de l'OMS pour renforcer la stratégie régionale pour les maladies chroniques.

143. La conception d'interventions efficaces en matière d'éducation de la santé et de changements de comportement était considérée cruciale pour la prévention des maladies chroniques. Une déléguée a noté que l'obésité était encore largement perçue comme un facteur de risque de maladie chronique dans son pays, ce qui dénotait le besoin de campagnes d'éducation et de promotion de la santé. Un autre délégué a souligné la difficulté d'assurer que les interventions en matière de promotion de la santé atteignent tous les segments de la population, en particulier les pauvres et les groupes très vulnérables. Un troisième délégué a attiré l'attention sur le besoin de renforcer l'éducation en promotion de la santé et en prévention des maladies dans les programmes de formation destinés aux professionnels de la santé.

144. La surveillance était également considérée comme un domaine faible que la stratégie régionale devait corriger. Les délégués ont fait remarquer que de nombreux pays avaient des difficultés à déterminer l'ampleur et la sévérité véritables de leurs problèmes de maladies chroniques et qu'ils avaient besoin de l'appui de l'OPS pour identifier les méthodes et les outils de surveillance les plus appropriés à leurs situations respectives.

145. Des délégués ont estimé que le plaidoyer pour un changement de politique était un rôle important pour l'OPS, notant qu'il aiderait à accroître la visibilité du problème des maladies chroniques sur les agendas nationaux, ce qui à son tour aiderait les pays à attirer un appui plus important des partenaires de la coopération. Un autre délégué a estimé quant à lui qu'un rôle plus approprié pour l'OPS serait de doter les États Membres des preuves et des tendances des données requises pour qu'ils soient en mesure de développer des politiques et des programmes destinés à prendre en main les questions complexes entourant l'alimentation, la nutrition et l'activité physique.

146. En ce qui concernait l'objectif de la stratégie régionale tel que stipulé dans le document SPP40/11 (paragraphe 29), un délégué pensait qu'il ne tenait pas suffisamment compte de la réalité du continent qui présentait un cadre divers et complexe de situations de santé qui requéraient la conception d'interventions intégrales et appropriées à chaque pays. Un autre délégué a souligné que toute stratégie proposée par l'OPS devait se rapporter à l'ensemble de la Région; dénotant que le document SPP40/11 manquait de citations et de données pour étayer les nombreuses statistiques et affirmations qu'il présentait, le même délégué a fait valoir que les stratégies régionales devaient être fondées sur les preuves et s'appuyer sur des éléments scientifiques solides.

147. Plusieurs délégués ont demandé des informations concernant les ressources qui seraient requises pour mettre la stratégie régionale en œuvre et la proportion du budget de l'OPS/OMS qui y serait consacrée. Ils ont fait remarquer que les États Membres avaient demandé à plusieurs reprises dans le passé que le Secrétariat indique cette information chaque fois qu'il présentait une proposition pour les mesures à prendre par les Organes directeurs.

148. Le Dr Etienne a remercié le Sous-Comité de ses nombreux commentaires et suggestions, en particulier la recommandation concernant la relation entre santé mentale et maladies chroniques; elle convenait qu'il s'agissait là d'un domaine qui n'avait pas reçu une attention suffisante. Le Secrétariat veillerait à ce que les apports du Sous-Comité soient pris en compte alors que se poursuivait le développement de la stratégie et du plan d'action. Elle a assuré le Sous-Comité que les stratégies mondiales sur l'alimentation, l'activité physique et la santé, sur la lutte contre le tabagisme et sur la prévention des maladies non transmissibles et la promotion de la santé étaient solidement incorporées dans la stratégie régionale et le plan d'action. Le Secrétariat n'essayait pas de remanier les stratégies de l'OMS. La stratégie de l'OPS serait étayée par ces stratégies, et les efforts de l'OPS porteraient sur la mise en œuvre de ces stratégies à travers un plan d'action régional qui tiendrait compte des réalités de la Région.

149. En ce qui concernait les questions de budget, elle a fait remarquer que les ressources pour la prévention des maladies chroniques et la lutte contre celles-ci n'étaient pas uniquement concentrées dans le budget affecté à l'Unité des maladies non transmissibles, mais qu'elles étaient réparties dans toute l'Organisation, les bureaux des pays compris. Dans le document qui devait être préparé pour le Comité exécutif, le Secrétariat inclurait des informations sur le budget disponible dans l'Organisation pour la mise en œuvre du plan d'action. Il s'efforcera également de calculer les coûts afin d'identifier l'insuffisance de financement pour laquelle il faudrait mobiliser des ressources extrabudgétaires. Toutefois, il ne fallait pas oublier que la mise en œuvre du plan d'action régional constituerait une entreprise conjointe entre le Secrétariat et les États Membres. Le Secrétariat pourrait calculer les coûts de sa propre part, mais il ne pouvait pas facilement calculer le coût des parts des pays individuels, du moins pas à temps pour la session de juin du Comité exécutif.

150. La Directrice a remarqué que le développement et la mise en œuvre de stratégies pour l'Organisation était inévitablement un processus d'aller-retour. Les États Membres des différentes Régions de l'OMS faisaient des apports aux stratégies mondiales qui, une fois approuvées par l'Assemblée mondiale de la Santé, revenaient alors aux Régions pour leur mise en œuvre. Afin de mettre en œuvre la stratégie mondiale, chaque Région devait établir un plan d'action, mais avant qu'il ne puisse le faire, il devait adapter la stratégie mondiale aux caractéristiques et besoins spécifiques de ses États Membres.

151. Dans le cas des Amériques, la stratégie devait être adaptée pour tenir compte à la fois de la spécificité et de la diversité de la Région, qui était caractérisée par de notables différences culturelles, démographiques, économiques et autres. Une stratégie intégrée sur les maladies chroniques pour la Région devait également tenir compte des stratégies apparentées adoptées précédemment et en tirer parti, telles que la stratégie des soins de santé primaires et les stratégies de promotion de la santé. De plus, la stratégie régionale devait incorporer les leçons tirées des réussites et des échecs du passé, et devait également s'appuyer sur la capacité institutionnelle de l'Organisation et l'expertise en matière de maladies chroniques qui existait dans la Région, non seulement parmi les professionnels de la santé, mais aussi parmi les organisations de la société civile, telles que les associations de patients de maladies chroniques et de leurs familles. Au sein de la stratégie régionale, des stratégies et des approches spécifiques devaient être développées pour répondre aux besoins de groupes spécifiques de la Région, en particulier les populations autochtones et les populations d'origine africaine. Enfin, et fait très important, la stratégie régionale devait tenir compte de l'impact économique énorme que les maladies chroniques avaient sur les systèmes de santé et sur les personnes individuelles et les familles dans la Région.

Stratégie régionale et plan d'action portant sur la nutrition et le développement (document SPP40/12)

152. Le Dr Gina Tambini (Chef de secteur, santé familiale et communautaire, OPS) a présenté la stratégie régionale et le plan d'action proposés portant sur la nutrition et le développement, notant qu'il s'agissait encore de travaux en cours. L'équipe qui élaborait la proposition était menée par la Sous-Directrice et comprenait des cadres de trois secteurs de l'Organisation – Développement durable et santé environnementale, Prévention et contrôle des maladies et Santé familiale et communautaire – et des cadres des bureaux des pays et des deux Centres panaméricains concernés par les questions d'alimentation et de nutrition, l'Institut de nutrition d'Amérique centrale et de Panama (INCAP) et l'Institut des Caraïbes pour l'Alimentation et la Nutrition (CFNI).

153. Elle a commencé par décrire les défis que devait relever la Région en ce qui concernait la nutrition, dénotant qu'elle était une composante importante de la réalisation de six des Objectifs de développement pour le Millénaire. Elle a ensuite présenté l'information sur les principaux problèmes nutritionnels dans les Amériques et les

déterminants et conséquences de ces problèmes. Elle a poursuivi en mettant en relief certaines des caractéristiques de la nouvelle approche des problèmes nutritionnels qui sous-tendaient la stratégie et le plan d'action présentés dans le document SPP40/12, notant qu'il s'agissait d'une approche intersectorielle qui considérait la nutrition comme un problème de santé et de développement et comme une composante cruciale des stratégies de réduction de la pauvreté. Elle a conclu par un résumé du calendrier pour considération de la proposition par les États Membres et un aperçu des ressources humaines et financières disponibles pour sa mise en œuvre.

154. Suite à la considération de la stratégie et du plan d'action proposés par le Sous-Comité, ils seraient discutés par des experts et des représentants des pays et d'autres organismes à l'occasion d'une consultation régionale en mai 2006. Le Secrétariat utiliserait les apports reçus du Sous-Comité et de la consultation régionale pour produire une proposition beaucoup plus perfectionnée qui serait soumise au Conseil exécutif en juin 2006. Les consultations nationales seraient tenues au cours du mois de juillet. La proposition finale serait présentée au Conseil directeur en septembre 2006.

155. Les ressources disponibles du budget ordinaire pour la mise en œuvre du plan d'action s'élevaient à un total d'environ \$3,5 millions. Les ressources extrabudgétaires actuellement disponibles s'élevaient à un total d'environ \$3,3 millions. Ces chiffres incluaient les fonds disponibles au niveau régional et au niveau des pays et dans les budgets de l'INCAP et du CFNI. Le déficit total des ressources était de \$5,7 millions selon les estimations. Quant aux ressources humaines, la plupart des cadres qui interviendraient dans la mise en œuvre du plan se trouvaient dans les pays ou au niveau sous-régional, soit dans les bureaux des pays soit à l'INCAP soit au CFNI. De plus, il y avait trois conseillers régionaux au siège de l'OPS.

156. Dans la discussion qui a suivi, les délégués ont exprimé leur gratitude pour l'inclusion de l'information sur les ressources financières et humaines dans la présentation verbale et ont demandé au Secrétariat d'inclure cette information dans la prochaine version du document. Le Sous-Comité a fait part de son appui à la stratégie régionale et au plan d'action proposés, en particulier en constatant avec satisfaction son approche intersectorielle et sa communion d'idées avec la Stratégie mondiale de l'OMS sur l'alimentation, l'activité physique et la santé, et la Stratégie mondiale de l'OMS sur la prévention des maladies non transmissibles et la lutte contre celles-ci. Plusieurs délégués ont noté la forte corrélation entre cette stratégie et ce plan d'action, et la stratégie régionale et le plan d'action proposés pour la prévention des maladies chroniques et la lutte contre celles-ci, et ont souligné le besoin d'intégrer les deux initiatives afin d'éviter la fragmentation et de faire l'usage le plus efficace des ressources. Ils ont estimé que l'interaction entre les deux devait être rendue plus explicite dans les documents respectifs. Ils ont également estimé que les contributions de l'INCAP et du CFNI à la mise en œuvre de chacune des stratégies et chacun des plans d'action devaient être précisées.

157. Un délégué a posé la question de savoir si la formulation de stratégies régionales séparées, même si complémentaires, pouvait occasionner un double emploi des efforts et diluer les maigres ressources requises pour exécuter les stratégies mondiales. À son point de vue, en incorporant et en soulignant le développement dans la stratégie et le plan d'action, le Secrétariat non seulement allait au-delà de son mandat, mais, plus important, il estompait son engagement de longue durée à apporter une solide coopération technique en santé aux pays. Il demandait instamment au Secrétariat d'utiliser son expertise et ses ressources à exécuter intégralement la Stratégie mondiale sur l'alimentation, l'activité physique et la santé, à mesurer ses impacts, et à aider les pays à développer les données nécessaires pour contrôler l'évolution de la nutrition sur les années.

158. Les délégués ont applaudi le fait que la stratégie reconnaissait l'impact de la santé et des disparités socio-économiques sur l'état nutritionnel, qui était conforme au travail de l'OMS sur les déterminants sociaux de la santé. Un délégué estimait toutefois que le document SPP40/12 n'accordait pas une attention suffisante au lien entre ces disparités et le processus de mondialisation et de concentration des ressources, en particulier au moyen de mesures telles que la mise en place de subventions et de restrictions sur le libre-échange. Une autre déléguée a fait remarquer que les résultats attendus, tel qu'indiqué dans l'annexe au document, semblaient suggérer que si un pays n'était pas en mesure de réaliser ses objectifs en matière d'alimentation et de nutrition, la raison en était un manque de volonté politique; elle a fait valoir le besoin de reconnaître et de trouver une solution aux problèmes structurels qui pouvaient empêcher les gouvernements d'atteindre leurs objectifs.

159. Les délégués ont fait remarquer que la pauvreté et l'érosion du pouvoir d'achat dans de nombreux pays limitaient l'accès de la population à une alimentation saine. Ils ont également dénoté que la réalisation de l'objectif d'une alimentation nutritive accessible à des prix abordables exigerait la mise en œuvre d'initiatives au niveau national qui pourraient affecter les marges de profit des producteurs locaux d'aliments et avoir un impact sur les recettes publiques des droits de douane sur les importations des produits alimentaires. Ils considéraient qu'il était impératif de résoudre ces problèmes potentiels afin d'assurer que le plan d'action ne soit pas jugé irréalisable par les dirigeants politiques en raison de son impact probable sur les capacités génératrices de revenu et budgétaires des gouvernements.

160. Plusieurs délégués ont souscrit au concept du droit à une alimentation adéquate comme droit humain de base, mentionné dans l'annexe du document SPP40/12 (Ligne d'action 1, Activité 7.1). En fait, certains pensaient qu'il fallait donner plus d'emphasis à la perspective des droits de l'homme. Le Délégué des États-Unis d'Amérique toutefois, ne pensait pas que l'OPS était un forum approprié pour discuter des droits de l'homme et a demandé que la référence aux droits à l'alimentation et la nutrition soit retirée du document. Il a noté que le Gouvernement des États-Unis avait précisé dans d'autres forums que la réalisation de tout droit à une alimentation adéquate ou à

l'affranchissement de la faim était un but ou une aspiration à réaliser progressivement, qui ne donnerait pas lieu à des obligations internationales ni ne diminuerait les responsabilités des gouvernements nationaux vis-à-vis de leurs citoyens. Les États-Unis ont également récusé les références dans le document aux échanges et aux politiques économiques et commerciales, estimant que le plaidoyer sur des questions telles que le commerce alimentaire et les prix des aliments ne relevait clairement pas de la compétence essentielle du Secrétariat.

161. Un nombre de délégués ont fait état des programmes et initiatives mis en place dans leurs pays, dans le but d'éliminer les déficiences nutritionnelles, d'améliorer l'état nutritionnel et de traiter les facteurs de risque liés à l'alimentation, en particulier la surcharge pondérale et l'obésité.

162. Les Délégués de l'Argentine et du Mexique ont soumis des déclarations écrites contenant des commentaires et suggestions détaillés sur des aspects spécifiques du document SPP40/12.

163. Le Dr Tambini a remercié les délégués de leurs commentaires, qui seraient tous pris en compte alors que le Secrétariat continuait à travailler sur la stratégie et le plan d'action proposés. Il lui semblait évident des remarques des délégués concernant les activités d'alimentation et de nutrition dans leurs pays respectifs que la stratégie et le plan d'action correspondaient et répondaient aux politiques déjà en place et aux processus déjà en cours au niveau national.

164. Elle a assuré le Sous-Comité que le Secrétariat se préoccupait tout autant que les États Membres d'éviter le chevauchement des efforts et d'assurer l'harmonisation et le renforcement mutuel des mesures à prendre dans le cadre des deux stratégies et plans d'action, qui contribueraient tous les deux à la mise en œuvre de la Stratégie mondiale sur l'alimentation, l'activité physique et la santé. À ce propos, elle a suggéré que les deux stratégies régionales pouvaient être visualisées comme deux cercles qui s'entrecroisaient, la Stratégie mondiale formant la liaison entre les deux.

165. Elle a réitéré que la stratégie et le plan d'action proposés sur la nutrition et le développement étaient des travaux en cours. Le Secrétariat continuerait à les peaufiner, sans oublier les apports reçus des États Membres. Il continuerait également à affiner les projections des coûts en vue de la mise en œuvre du plan d'action.

166. Répondant aux questions concernant les rôles des deux centres par rapport aux deux stratégies, le Dr Fitzroy Henry (Directeur, Institut des Caraïbes pour l'Alimentation et la Nutrition) a indiqué que le travail de chaque centre était adapté aux conditions et aux besoins de leurs sous-régions respectives. Dans les Caraïbes par exemple, la sous-alimentation n'était pas un problème de santé publique dans la vaste majorité des pays. Par conséquent, le CFNI se concentrait principalement sur les causes des maladies

chroniques liées à la nutrition et à l'alimentation, en particulier l'obésité. Les problèmes nutritionnels liés à l'infection par le VIH composaient une autre facette importante du travail du Centre. L'INCAP d'autre part, travaillait sur les problèmes de sous-alimentation et d'obésité et d'autres facteurs liés à l'alimentation apparentés aux maladies chroniques, parce que les deux problèmes coexistaient dans la sous-région d'Amérique centrale.

167. Faisant référence aux commentaires faits par le Délégué des États-Unis d'Amérique, il a dit qu'il ne croyait pas que la stratégie et le plan d'action représentaient un double emploi des efforts ou un revirement des fonctions essentielles de l'OPS. Comme l'avait reconnu l'OMS et comme le Secrétariat de l'OPS avait essayé de montrer dans le document SPP40/12, il était impossible d'introduire des changements dans les habitudes d'alimentation sans rendre l'environnement propice à ces changements de comportement. En fait, dans le plan stratégique à moyen terme de l'OMS actuellement en cours de rédaction, l'objectif stratégique relatif à la nutrition attirait l'attention sur le besoin de renforcer les interactions globales entre santé, développement agricole, ressources en eau, commerce et acteurs de la politique environnementale, et de soutenir des systèmes de production alimentaire adaptés à renforcer l'accès à la nourriture par tous les groupes de population au niveau national. C'est pourquoi l'OPS considérait nécessaire d'examiner certains des facteurs environnementaux liés à l'éducation, l'agriculture, le commerce, la production alimentaire et d'autres domaines qui affectaient l'alimentation et la nutrition. La stratégie régionale et le plan d'action cherchaient à appuyer, et non reproduire, ce que faisait l'OMS, tout en tenant dûment compte des spécificités et des particularités qui caractérisaient la Région des Amériques, dont l'une d'entre elles était, indiscutablement, l'inégalité.

168. La Directrice a ajouté que l'inégalité qui existait dans la Région créait un contexte très particulier pour le travail de l'OPS sur la question de l'alimentation et de la nutrition, car clairement, elle était liée à la capacité économique des familles et des personnes individuelles, qui à son tour affectait leur accès à une alimentation nutritive et leur capacité de consommer des aliments sains. Afin de développer une stratégie et un plan d'action efficaces sur la nutrition, il était essentiel de tenir compte des problèmes liés à la sécurité alimentaire et à la production alimentaire et d'impliquer les parties prenantes dans d'autres secteurs. À son opinion, aucun plan pour répondre aux problèmes d'alimentation et de nutrition ne pouvait réussir à moins d'impliquer trois groupes cruciaux : les producteurs, l'industrie alimentaire et les consommateurs.

169. Elle a insisté sur le fait que la question de l'alimentation et de la nutrition était complexe. La prévention des maladies chroniques et la lutte contre celles-ci étaient également complexes. L'alimentation et la nutrition ne formaient seulement qu'une des composantes d'une approche intégrée de santé publique des maladies chroniques. De même, la prévention des maladies chroniques n'était seulement qu'une raison d'améliorer la nutrition et l'alimentation. La nutrition était également un aspect critique du

développement. Il était certain que le Secrétariat chercherait des intersections entre les deux stratégies, mais il était important de réaliser qu'elles représentaient deux domaines d'action, chacun avec ses propres spécificités.

170. La Présidente a dit que son impression était que le Sous-Comité comprenait la différence entre les deux stratégies, mais souhaitait voir l'interaction entre les deux plus clairement articulée dans la prochaine version du document.

Examen des Centres panaméricains (document SPP40/INF/2)

171. Le Dr Carissa Etienne (Sous-Directrice, OPS) a résumé le contenu du document SPP40/INF/2, qui avait été préparé par le Secrétariat conformément à la résolution CD46.R6, adoptée par le 46^e Conseil directeur en septembre 2005. Le document passait en revue l'histoire des centres panaméricains et leur discussion par les Organes directeurs, et donnait une mise à jour du travail et de la situation actuelle du Centre panaméricain de la fièvre aphteuse (PANAFTOSA), du Centre d'information sur les sciences de la santé pour l'Amérique latine et les Caraïbes (BIREME), du Centre d'épidémiologie des Caraïbes (CAREC), de l'Institut des Caraïbes pour l'alimentation et la nutrition (CFNI) et de l'Institut de nutrition d'Amérique centrale et Panama (INCAP). Elle a également fait état des progrès dans le processus d'alignement du CAREC, du CFNI et de l'INCAP sur le critère d'allocation sous-régionale établi dans la nouvelle politique de budget-programme régionale (document CD45/7).

172. En présentant le rapport sur les centres panaméricains, le Secrétariat avait pour but d'informer les États Membres sur l'évolution de la relation entre l'OPS et les cinq centres. À mesure que changeait l'environnement politique, technologique et financier, la coopération technique de l'Organisation, dont une partie était assurée à travers les centres, changeait également. Par conséquent, le Secrétariat étudiait la possibilité de modifier les modalités juridiques, financières et de gouvernance de l'OPS avec les centres, afin d'assurer qu'ils demeurent un moyen efficace et rentable d'accomplir les objectifs d'un domaine particulier de coopération technique. Ce processus d'évaluation se produisait en tandem avec divers processus sous-régionaux, notamment un processus conjoint entrepris avec le Secrétariat de la Communauté des Caraïbes (CARICOM) en conjonction avec le développement de la troisième phase de l'initiative de la Coopération caraïbe en santé (CCH III) et avec un examen de cinq institutions sanitaires régionales caraïbes, dont le CAREC et le CFNI, demandé par la CARICOM.

173. Le Sous-Comité a été prié de faire des commentaires pour guider le Secrétariat dans le processus de réalignement des rôles des centres panaméricains et d'examen des relations de l'Organisation avec eux.

174. Le Sous-Comité a applaudi le nouvel examen par le Secrétariat de l'organisation et du fonctionnement des centres panaméricains, qui allait dans le sens de l'effort général

de renforcement institutionnel et de transformation. À cet égard, l'importance suprême du contrôle et de la responsabilisation dans la gouvernance des centres a été soulignée.

175. Il a été noté que le rapport sur les centres n'avait été mis à disposition que quelques jours seulement avant le commencement de la 40^e session du Sous-Comité, ce qui avait posé de grandes difficultés aux Membres pour bien saisir les problèmes impliqués dans l'éventuel réalignement de plusieurs centres, et pour bien se préparer à en discuter. Les délégués ont estimé qu'une information plus détaillée sur l'état actuel des centres, et sur la valeur ajoutée de leurs services au niveau de pays, aurait été utile, en particulier à la lumière de la déclaration du paragraphe 8 du document SPP40/INF/2, qui indiquait que les centres panaméricains étaient un sujet de préoccupation pour tous les États Membres – incluant ceux qui n'étaient pas bénéficiaires de leurs services – en raison de l'impact qu'ils avaient sur le budget ordinaire de l'OPS/OMS. Il était suggéré que pour donner plus de valeur au travail des centres pour les pays qui n'utilisaient pas directement leurs services, le Secrétariat pouvait envisager d'inviter un ou deux directeurs de centre chaque année pour faire une présentation sur le travail d'un centre et sur ses difficultés de fonctionnement. En ce qui concernait le financement des centres, il a été demandé au Secrétariat de clarifier le fait que les centres panaméricains recevaient ou non des contributions des États Membres qui utilisaient leurs services.

176. Le Délégué de la Barbade a indiqué que l'avenir des centres panaméricains, en particulier le CAREC et le CFNI, était d'une importance critique pour les pays de la CARICOM. Le CAREC et le CFNI avaient fourni une assistance technique qui avait aidé les pays des Caraïbes à améliorer leur compréhension de la situation sanitaire et leur réponse aux crises sanitaires et à l'évolution des besoins en santé. Toutefois, dans l'effort de satisfaire le besoin de mobiliser les ressources, trouver le juste équilibre entre la réponse aux souhaits des donateurs tout en continuant à satisfaire les besoins des pays de la CARICOM, avait posé des difficultés. La convergence de l'examen des institutions sanitaires régionales des Caraïbes avec la formulation de la vision collective pour la santé (CCH III) des pays de la CARICOM avait par conséquent été fortuite. La Barbade reconnaissait et applaudissait la capacité considérable de la direction du CAREC à mobiliser des ressources et ne souhaitait pas que cette compétence se perde pour la CARICOM. Les décisions devant être prises par le Conseil pour le développement humain et social de la CARICOM le mois suivant auraient à tenir compte des réalités des positions financières des pays membres et du besoin de trouver un financement suffisant pour que les centres assurent la durabilité de programmes de santé publique flexibles et réactifs, tout en attirant et en retenant des professionnels de talents multiples pour gérer et réaliser ces programmes.

177. Les Délégués de l'Argentine et du Canada ont indiqué qu'ils avaient récemment été invités par le Secrétariat à participer à un comité consultatif externe qui se rendrait dans plusieurs centres panaméricains. Ces visites leur donneraient la possibilité d'observer de première main le travail qu'accomplissaient les centres et les défis

auxquels ils faisaient face. Ils seraient alors en position de donner, critiquement et objectivement, des informations sur les fonctions et les opérations des centres.

178. Le Délégué de l'Argentine a félicité le Secrétariat de la transparence et l'efficacité avec lesquelles il avait mené à bien la récente clôture de l'Institut panaméricain pour la protection alimentaire et la lutte contre les zoonoses (INPPAZ) dans son pays; il était heureux d'informer que la coopération technique de l'Organisation avec l'Argentine, loin d'en être affectée, s'était au contraire accrue et élargie.

179. Le Délégué du Canada, dénotant que les centres avaient été établis à une époque à laquelle de nombreux ministères de la santé manquaient de capacités spécifiques, se demandait si c'était encore le cas et, au cas où ce ne l'était plus, si l'Organisation devait peut-être envisager l'établissement de nouveaux centres pour prendre en main les besoins urgents. Il a également demandé si l'étude des institutions sanitaires régionales de la CARICOM pouvait être mise à la disposition des États Membres de l'OPS. De plus, tout en reconnaissant que le Centre panaméricain de génie sanitaire et des sciences de l'environnement (CEPIS) et le Programme régional de bioéthique n'étaient pas des centres panaméricains à part entière, il estimait que l'inclusion dans le rapport d'informations sur ces deux « quasi centres » aurait été utile aux États Membres, car ils jouaient un rôle important dans la coopération technique de l'Organisation.

180. Le Dr Etienne a dit que le Secrétariat avait présenté un rapport sur les cinq centres mentionnés dans le document SPP40/INF/2 parce que le 46^e Conseil directeur l'avait spécifiquement demandé. Comme les délégués s'en rappelleraient, un rapport détaillé sur le CEPIS avait été présenté l'année antérieure. Le Secrétariat reconnaissait qu'il avait une responsabilité de mener une évaluation en profondeur et de présenter un rapport sur un centre chaque année, et il avait déjà prévu une évaluation de PANAFTOSA. Comme il avait déjà été noté, deux Membres du Sous-Comité, l'Argentine et le Canada, feraient partie du groupe consultatif externe qui examinerait PANAFTOSA.

181. L'étude sur les centres des Caraïbes avait été demandée par la CARICOM, donc il faudrait demander des copies du rapport au Secrétariat de la CARICOM. L'OPS avait participé à l'examen de ce rapport et avait pris les recommandations faites en considération dans son examen des mandats principaux des centres panaméricains et dans l'identification des priorités sous-régionales pour les Caraïbes.

182. Alors que le Secrétariat était ouvert à la possibilité de créer de nouveaux centres si les États Membres estimaient qu'ils étaient nécessaires, il était important de garder à l'esprit les implications budgétaires que cela comportait, et d'être très clair sur les sujets dont s'occuperaient les nouveaux centres. Une meilleure option pouvait être d'étudier la façon dont le réseau des Centres collaborateurs de l'OMS pouvait être utilisé plus efficacement pour renforcer la coopération technique de l'OPS.

183. La Directrice a fait remarquer que le document SPP40/INF/2 était destiné à compléter l'information présentée l'année antérieure dans le document CD46/10, qui avait donné des détails sur les caractéristiques des différents centres. Elle pensait qu'il était important de comprendre qu'un groupe d'institutions connu sous le nom de « centres panaméricains » était constitué d'entités très différentes. Ces centres différaient dans la structure de gouvernance, dans la façon dont ils étaient financés, dans leurs fonctions et dans une myriade d'autres façons. Trois d'entre eux seulement recevaient des contributions directes de leurs états membres. Certains recevaient une contribution du pays hôte, d'autres n'en recevaient pas. Certains étaient établis comme des personnes morales dans leur propre droit, d'autres ne l'étaient pas. C'était cette diversité même qui avait compliqué la relation de l'Organisation avec les centres et qui avait parfois posé des difficultés à les utiliser à cent pour cent. Elle mettait par conséquent en garde contre l'établissement de nouveaux centres. Elle pensait qu'il était plus important de se concentrer sur les corrections des faiblesses dans les centres existants, tout en maintenant leur capacité et leur expertise.

184. Elle a remercié le Délégué de l'Argentine pour ses mots aimables; toutefois, elle ne croyait pas que le Secrétariat méritait tout le crédit pour le résultat heureux de la décision de mettre fin à l'INPPAZ. Elle estimait que le processus de la clôture du centre avait été « un tango bien dansé » entre le Secrétariat et le Gouvernement de l'Argentine, qui avait été mutuellement avantageux et qui avait protégé les intérêts des États Membres qui avaient recours aux services de coopération technique du Centre.

185. Elle a clarifié que l'examen de PANAFTOSA serait effectué en conjonction avec un examen du programme de santé publique vétérinaire de l'Organisation, dont ce Centre faisait partie intégrante. L'évaluation porterait en partie sur les activités de sécurité alimentaire, à la suite de la réassignation des fonctions de coopération technique en matière de sécurité alimentaire de l'INPPAZ au site actuel au sein de PANAFTOSA.

Pandémie de grippe : Rapport d'activité (document SPP40/5)

186. En introduisant le document SPP40/5, le Dr John Ehrenberg (Chef, Unité de surveillance de la santé et de gestion des maladies), a noté que la préparation à la grippe avait incité l'Organisation à travailler de manière interprogrammatique. Par conséquent, alors que la préparation à la grippe était du ressort du Secteur de l'alerte et de la réponse aux épidémies, sa présentation et le document SPP40/5 contenaient des contributions provenant de tous les secteurs et unités de travail de l'Organisation.

187. Il a passé en revue les actions que l'OPS avaient prises pour aider les États Membres à répondre à la menace d'une pandémie de grippe et pour préparer et protéger son propre personnel, incluant l'établissement d'un Groupe spécial sur l'alerte et la réponse à l'épidémie pour conseiller, mettre en mesure, coordonner et suivre les activités de l'OPS en matière de préparation et de réponse à la grippe. Le Groupe spécial avait été chargé de formuler le plan stratégique et opérationnel de l'OPS pour répondre à une

pandémie de grippe et une politique du personnel et un plan d'urgence. L'une des composantes clés du travail de l'Organisation était l'amélioration de la surveillance épidémiologique dans la Région, qui était critique, inter alia, pour déterminer la composition du vaccin. D'autres domaines importants de travail incluaient le renforcement de la capacité de laboratoire pour détecter le virus de la grippe, incluant le H5N1; l'augmentation de l'utilisation du vaccin contre la grippe saisonnière et l'assurance de fournitures adéquates de vaccin; l'établissement d'interactions entre gestion des désastres, défense civile et personnel de santé publique; préparation des services sanitaires de la Région à prendre en main une éventuelle pandémie de grippe; le développement de stratégies efficaces de communication, reconnaissant que la communication serait essentielle à la gestion d'une pandémie; le renforcement de la santé publique vétérinaire et la promotion de collaboration inter-organismes avec l'IICA, l'OIE, la FAO, et d'autres organismes pour la prévention de la grippe aviaire et la lutte contre celle-ci; et l'assistance aux États Membres à développer des plans nationaux et locaux de préparation à la grippe.

188. Bien que des progrès substantiels aient été accomplis, plusieurs défis demeuraient, notamment, le maintien de l'engagement politique à la préparation à la grippe face à des priorités concurrentielles; le renforcement et la promotion de l'intégration entre le secteur de la santé et celui de l'agriculture, en particulier en ce qui concernait la prévention de la grippe aviaire et la lutte contre celle-ci; et le renforcement de la coordination inter-organismes pour assurer que les autres secteurs contribuaient aux plans de préparation nationaux à la grippe, qui ne pouvaient pas être la seule responsabilité du secteur de la santé.

189. Les délégués ont demandé au Sous-Comité de réagir au plan du Secrétariat d'établir un centre d'opérations d'urgence qui servirait de pivot pour une réponse institutionnelle coordonnée. En outre, ils ont attiré l'attention du Sous-Comité sur le besoin d'organiser des ateliers sous-régionaux pour l'autoévaluation des plans de préparation nationaux à la pandémie de grippe dans toutes les sous-régions et le besoin de recruter du personnel supplémentaire afin de satisfaire les fortes demandes imposées à l'OPS à la fois pour appuyer le développement des plans de préparation nationaux à la grippe et la mise en œuvre du Règlement sanitaire international. Une liste des postes devant être remplis se trouvait à la fin du document SPP40/5.

190. Le Sous-Comité a exprimé son appréciation pour les efforts que l'OPS a déployés pour préparer la Région à une pandémie de grippe potentielle et a exhorté l'Organisation à poursuivre son leadership sans failles en la matière. Le Sous-Comité a également exprimé son plein appui à la création d'un centre d'opérations d'urgence, à l'organisation d'ateliers sous-régionaux pour l'évaluation des plans de préparation nationaux à la grippe, et au recrutement de personnel pour remplir les quatre postes mentionnés dans le document SPP40/5. Plusieurs délégués ont demandé des informations sur la façon dont le Secrétariat proposait de financer ces initiatives. Il a été suggéré que des contributions

volontaires seraient recherchées à cette fin, et les États Membres étaient encouragés à en appeler à l'OMS pour qu'elle achemine une plus large part de ses contributions volontaires aux Amériques qui serviraient aux activités de préparation à la pandémie de grippe. Il a été également suggéré que le Secrétariat envisage des partenariats publics-privés en tant que stratégie pour mobiliser les fonds requis pour établir le centre d'opérations d'urgence.

191. Le Sous-Comité a mis l'accent sur le besoin d'action intersectorielle. Les délégués ont estimé qu'il serait impossible de monter un plan réussi de préparation à la pandémie sans l'intervention d'autres secteurs, en particulier le personnel de réponse aux urgences. L'importance de la coopération et de la coordination avec le secteur agricole a été mise en évidence. À cet égard, un délégué a estimé qu'il aurait dû y avoir plus d'emphase dans le document SPP40/5 sur le fait de lier la stratégie de l'OPS à celle de la FAO, de l'OIE, de l'IICA et d'autres agences travaillant dans le domaine de la santé animale.

192. Il était également considéré essentiel d'accroître la disponibilité de vaccin contre la grippe saisonnière et d'assurer sa qualité, sa sécurité et son efficacité. Les délégués ont souligné le besoin d'assurer l'équité dans l'accès aux vaccins, en particulier dans les pays à revenu intermédiaire et faible qui n'étaient pas producteurs de vaccins, et de promouvoir le transfert de technologie et la formation des ressources humaines pour permettre aux pays qui avaient la capacité nécessaire de commencer à produire des vaccins. Ils ont suggéré que l'OPS devrait développer des recommandations pour aider les pays à donner un ordre de priorité aux groupes devant être vaccinés dans le cas d'une pénurie de vaccins. Le Délégué du Canada a noté qu'en mars 2005, Health Canada, avec l'OMS et l'Administration des États-Unis chargée des aliments et des médicaments avait accueilli le premier atelier mondial sur la préparation réglementaire pour les vaccins humains contre la pandémie de grippe, et il a annoncé que le deuxième atelier serait tenu en juin 2006 à Washington, D.C.

193. L'importance de l'information publique et de la communication du risque a également été soulignée. Il a été suggéré que l'OPS développe des directives pour communiquer efficacement avec le grand public et avec des groupes spécifiques, tels que les politiciens.

194. Faisant allusion aux commentaires du Dr Ehrenberg concernant le renforcement des laboratoires, le Délégué de la Barbade a imploré l'assistance de l'Organisation pour renforcer la capacité des laboratoires dans les Caraïbes en matière de tests pour la grippe. La Déléguée du Costa Rica a demandé quelle était la position de l'OPS en ce qui concernait la prédiction faite par le Dr David Nabarro, Coordinateur principal du système des Nations Unies pour la grippe aviaire et la grippe humaine, selon laquelle la grippe aviaire frapperait probablement les Amériques dans six ou sept mois.

195. Plusieurs délégués ont décrit les mesures prises dans leurs pays respectifs pour se préparer à une pandémie éventuelle. Le Délégué de l'Argentine a soumis une copie du plan d'urgence de son pays pour la pandémie de grippe et le SRAS; il a également décrit les efforts en cours au sein du MERCOSUR concernant la préparation à la grippe et a circulé un projet de décision récemment adoptée par les ministres de la santé de la sous-région des stratégies conjointes de renforcement des actions par les pays du MERCOSUR pour affronter les risques d'une pandémie de grippe aviaire. La Déléguée du Mexique a soumis une déclaration écrite contenant les détails du plan national de préparation et de réponse à la grippe de son pays et a suggéré plusieurs révisions au document SPP40/5.

196. Le Dr Ehrenberg a remercié le Sous-Comité de son appui aux activités de préparation à la grippe du Secrétariat et des propositions pour créer un Centre d'opérations d'urgence, pour organiser des ateliers sous-régionaux, et pour recruter du personnel supplémentaire afin de renforcer la capacité opérationnelle de l'Organisation. Le Secrétariat travaillait activement à la mobilisation de contributions volontaires, dont une part plus importante des contributions volontaires de l'OMS, et était optimiste sur le fait que des fonds suffisants seraient mis à disposition. Il a exprimé son appréciation aux pays qui s'étaient engagés dans le plaidoyer auprès de l'OMS afin d'accroître le volume des ressources extrabudgétaires destinées à la Région des Amériques.

197. Il a convenu que l'intervention d'autres secteurs dans la préparation à la grippe était critique. En fait, l'OPS avait insisté sur le fait que les plans nationaux de préparation ne pouvaient pas être considérés complets jusqu'à avoir établi la façon dont des secteurs autres que celui de la santé seraient impliqués. La Directrice avait récemment envoyé un mémorandum à tous les Représentants de l'OPS/OMS, les encourageant à profiter de toutes les opportunités pour promouvoir l'implication d'autres secteurs au niveau national.

198. Pour ce qui était de la prédiction faite par le Dr Nabarro, il estimait qu'il n'était pas approprié pour l'OPS de spéculer sur l'époque à laquelle la grippe aviaire pouvait atteindre les Amériques. De nombreux facteurs influençaient la propagation de la maladie, et il était impossible de prédire avec une réelle certitude quand la Région pourrait être affectée. L'important était d'être bien préparé à affronter la grippe aviaire, quel que soit le moment où elle pourrait arriver.

199. Observant que plusieurs délégués avaient mentionné la difficulté de faire intervenir d'autres secteurs dans leurs activités de préparation au niveau national, la Directrice a dit que l'Organisation connaissait des difficultés semblables à engager d'autres organismes dans la réponse à la menace de pandémie de grippe aviaire et de grippe humaine. Malheureusement, les agences extérieures au secteur de la santé faisaient bien peu. Reconnaissant que la réponse à la grippe aviaire devait être menée par le secteur de la santé animale, l'OPS avait travaillé étroitement avec l'IICA, et elle avait également essayé de promouvoir une plus grande implication de la FAO et de l'OIE au niveau de la préparation régionale; toutefois, comme elle l'avait dit précédemment, ces

deux agences mondiales avaient une présence très limitée dans les pays des Amériques. L'OPS travaillerait également avec d'autres organismes internationaux pour les aider à développer des plans de protection et d'urgence pour leurs bureaux et leurs personnels dans les Amériques.

200. En ce qui concernait le Centre d'opérations d'urgence, elle a noté que l'Organisation avait tout d'abord établi un centre de ce type en 1998, à la suite de l'ouragan Mitch. Le Secrétariat s'appuierait sur cette expérience, et aussi sur celle du Centre d'opérations d'alerte et de réponse de l'OMS, pour créer le centre de l'OPS. Elle a également fait remarquer que l'Organisation avait déjà un centre d'opérations d'urgence de facto, du fait que le personnel s'acquittait déjà de toutes les fonctions d'un centre d'opérations d'urgence. Toutefois, afin de mieux assister les États Membres et d'assurer la réponse la plus rapide possible à la menace de la grippe, le Secrétariat pensait que l'infrastructure et le personnel nécessaires pour un véritable centre d'opérations d'urgence devaient être mis en place. Il a été proposé que le centre soit logé dans l'espace occupé actuellement par la bibliothèque au siège de l'OPS; il serait ainsi accessible au public. Le Secrétariat avait développé une proposition détaillée pour la création du centre, qu'il présenterait à des sources potentielles de financement.

Autres questions

Évaluation programmatique par le Bureau des services de contrôle interne

201. Mme Dianne Arnold (Directrice de l'Administration a.i., OPS), relatant les mesures qui avaient été prises depuis septembre 2005 pour renforcer les Services de contrôle interne (IOS) de l'Organisation, a dit que le bureau s'était étoffé grâce à l'addition d'un poste de cadre d'évaluation. Les cadres de l'IOS se composaient donc d'un auditeur principal, rendant compte à la Directrice de l'OPS, et d'un auditeur et d'un cadre d'évaluation qui rendaient compte à l'auditeur principal. Malheureusement, l'auditeur principal avait donné sa démission en février 2006; le Secrétariat était actuellement dans le processus de recruter un remplacement. Il recrutait également une personne pour le poste de cadre d'évaluation. Le bureau était appuyé par les Services de contrôle interne de l'OMS, de sorte que l'OPS pouvait utiliser les ressources humaines disponibles au siège de l'OMS dans le cas où du personnel supplémentaire était requis à cause d'un poste vacant ou du besoin d'un spécialiste dans un domaine particulier.

202. L'IOS menait deux types d'audits : (1) évaluations et audits des bureaux des pays et des centres, dont 19 avaient été entrepris pendant la période biennale 2004-2005; et (2) évaluations programmatiques. À ce jour, le dernier type d'audit avait été réalisé dans les domaines suivants : les fonds renouvelables pour l'acquisition de vaccins et pour les fournitures stratégiques de santé publique, le VIH/SIDA, les déplacements, les lettres d'accord et les passations de marchés. Le résultat de ces évaluations était un rapport à la Directrice avec des recommandations pour les mesures à prendre.

203. La Directrice a noté que le Bureau des Services de contrôle interne rendrait compte au Comité exécutif en juin. Ce rapport donnerait des informations sur les recommandations du Bureau et sur la façon dont elles avaient un impact sur le travail du Secrétariat.

Préparation de Health in the Americas, édition 2007

204. À l'invitation de la Directrice, le Dr Fernando Zacarías, Chef a.i., Unité d'analyse de la santé et des systèmes d'information, a présenté une vue d'ensemble du processus menant à la production de l'édition 2007 de *Health in the Americas*, qui produirait une grande partie de l'information sur les problèmes de santé dans la Région, qui serait utilisée dans la formulation de l'Agenda régional de la santé, le plan stratégique et d'autres plans de santé publique.

205. Les principaux thèmes transversaux pour l'édition 2007 comprendraient l'équité, le genre, l'ethnicité et les droits de l'homme, mais il y aurait aussi une focalisation importante sur l'agenda inachevé de la santé dans les Amériques, la protection des gains du passé, et les nouveaux défis. Comme dans le passé, la publication comporterait deux volumes, le premier offrant une description et une analyse de la situation de la santé et de ses déterminants dans la Région prise dans son ensemble, et le second composé de rapports sur la situation sanitaire dans chaque État Membre et participant. L'édition 2007 inclurait également un chapitre final sur les perspectives de la santé pour l'année 2015, année cible pour la réalisation des Objectifs de développement pour le Millénaire.

206. Le processus de préparation de la publication comprenait trois stades. Le premier, qui avait démarré en août 2005, était un stade conceptuel au cours duquel un groupe interprogrammatique composé de personnels des bureaux des pays et des unités régionales, avait développé les directives techniques pour la préparation des chapitres tant pour le volume régional que pour le volume des pays. Le second stade, actuellement en cours, était la préparation des chapitres des pays et du chapitre régional, qui devaient être achevés en mai et juillet 2006, respectivement. Le stade final, édition et production, commencerait en novembre 2006 pour se terminer par la parution de la publication, en versions imprimée et électronique, pendant la Conférence sanitaire panaméricaine de septembre 2007.

Ordre du jour de la 138^e session du Comité exécutif

207. Le Dr Karen Sealey (Chef, planification, budget programme et soutien aux projets, OPS), a présenté l'ordre du jour provisoire préparé par le Secrétariat pour la 138^e session du Comité exécutif (document CE138/1).

208. Le Sous-Comité a recommandé que, dans l'intérêt d'accélérer la considération d'un ordre du jour très chargé, les points 4.11 (Stratégie régionale et plan d'action pour une approche intégrée de la prévention des maladies chroniques et de la lutte contre

celles-ci, y compris l'alimentation, l'activité physique et la santé) et 4.12 (Stratégie régionale et plan d'action portant sur la nutrition et le développement) soient combinés. Notant que les présentations par les cadres du Secrétariat aux réunions des Organes directeurs étaient généralement très proches du contenu des documents de travail, le Sous-Comité a également recommandé que les présentations soient raccourcies, afin d'accorder plus de temps à la discussion de chaque point par les États Membres. De plus, le Sous-Comité a demandé que les résolutions proposées soient circulées à l'avance afin que les États Membres soient mieux préparés à les discuter.

209. Il a été suggéré que, dans l'élaboration du programme des réunions pour la session, le Secrétariat considère de prévoir les points 6.2 (Déclaration du Représentant de l'Association du personnel du BSP) et 7.7 (Rapport annuel sur les ressources humaines du BSP) pour discussion au cours de la même réunion. Il a également été suggéré que le point 7.6 (Rapport d'activité sur la préparation et la réponse aux désastres en matière de santé au niveau national et régional) soit discuté avant le point 7.5 (Pandémie de grippe : rapport d'activité).

210. Le Délégué des États-Unis d'Amérique a suggéré que le titre du point 4.8 de l'ordre du jour (Incapacité : Prévention et réadaptation dans le contexte du droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint et d'autres droits connexes) soit changé en « Incapacité : Prévention et réadaptation, » et que le thème soit approché d'une perspective de santé publique et non d'une perspective des droits de l'homme. Comme sa Délégation l'avait déclaré précédemment, les États-Unis ne croyaient pas que l'OPS était un forum approprié pour des discussions sur les droits de l'homme; de plus, le droit à la santé n'était pas un droit qui avait jamais été agréé dans un forum international. En ce qui concernait le point 4.10 (Proposition pour une décennie sur les ressources humaines pour la santé dans les Amériques, 2006-2015), il a dit que les États-Unis ne croyaient pas qu'il y avait besoin de cette décennie. Il a rappelé que le Secrétariat de l'OMS avait également proposé une décennie sur les ressources humaines pour la santé, mais qu'après avoir examiné ses implications de coût et sa faisabilité, avait décidé contre cette décennie. Les États-Unis espéraient que la Région des Amériques suivraient cette décision du siège de l'OMS.

211. Le Délégué du Brésil a proposé l'inclusion, sous le point 7 (Questions pour information), d'un rapport sur le travail de la Commission nationale brésilienne récemment créée sur les déterminants de la santé, qui avait été modelée sur la Commission de l'OMS sur les déterminants sociaux de la santé.

212. La Directrice a noté que la plupart des documents préparés par le Secrétariat étaient accompagnés de résolutions proposées; par conséquent, ces résolutions seraient distribuées à l'avance. Toutefois, les États Membres avaient le droit de soumettre des résolutions proposées pendant les sessions des Organes directeurs, et il ne serait évidemment pas possible de faire circuler ces propositions-là à l'avance.

213. Pour ce qui était du point sur l'incapacité, elle a indiqué que le titre avait été proposé par le Président du Panama. Le Secrétariat n'avait pas le pouvoir de changer les titres des points proposés par les États Membres, comme ne l'avait pas non plus le Sous-Comité de planification et de programmation, qui n'était pas un organe de prise de décisions. Toutefois, comme le Secrétariat était responsable de l'établissement des documents de travail sur le point en question, il s'efforcera de clarifier avec le Gouvernement du Panama la façon d'approcher le thème. Les États Membres auraient alors l'opportunité de discuter du document lors de la 138^e session du Comité exécutif et de décider si, et sous quelle forme, il devait être transmis au Conseil directeur.

214. Le Délégué de l'Argentine a indiqué que son Gouvernement, en sa capacité de Président du Comité exécutif, aiderait à clarifier avec le Gouvernement du Panama l'approche à suivre pour ce point.

Documents pour les Organes directeurs : Préparation et ponctualité

215. M. Nick Previsich (Canada) a noté que la plupart des documents pour le Sous-Comité avaient tout juste respecté la date limite de trois semaines pour la circulation des documents de travail, et que certains documents avaient même été disponibles moins de trois semaines avant l'ouverture de la session. Il a fait remarquer que plus tôt les États Membres recevaient les documents, plus ils avaient le temps de mieux se préparer pour les discuter et pour fournir un apport et des orientations utiles aux activités de l'Organisation. Par conséquent, il lançait un appel au Secrétariat pour qu'il rende tous les documents de travail disponibles dans les meilleurs délais. À son opinion, trois semaines n'étaient pas un temps suffisant pour permettre une préparation approfondie. Il a également noté que le Comité exécutif avait convenu quelque temps auparavant que tous les documents de travail comporteraient une information sur les ressources (humaines et financières) et sur l'impact sur les populations vulnérables, en particulier les populations autochtones, les personnes âgées, et les femmes et les enfants. Il a demandé que cette information soit incluse dans tous les documents pour le Comité exécutif.

Clôture de la session

216. Suite à l'échange habituel de courtoisies, la Présidente a déclaré la clôture de la 40^e session du Sous-Comité.

ORDRE DU JOUR

1. Ouverture de la session
2. Élection du Président, Vice Président, et Rapporteur
3. Adoption de l'ordre du jour et du programme des réunions
4. Méthodologie pour la formulation du Plan stratégique 2008-2012 du BSP et d'un Agenda proposé de la santé pour les Amériques 2008-2017
5. Cadre de l'OPS pour la mobilisation des ressources
6. Résultats financiers de l'Organisation panaméricaine de la Santé pour 2004-2005 : Vue d'ensemble des ressources et des tendances financières
7. Rapport d'activité du Groupe de travail sur la rationalisation des mécanismes de gouvernance de l'OPS
8. Actualisation sur le processus de renforcement institutionnel du BSP
9. Plans de santé publique pour les Amériques : Cadre conceptuel et processus
10. Plan d'action pour la mise en œuvre de la gestion axée sur les résultats au Bureau sanitaire panaméricain
11. Examen des Centres panaméricains
12. Stratégie régionale pour une approche intégrée de la prévention des maladies chroniques et de la lutte contre celles-ci, y compris l'alimentation, l'activité physique et la santé
13. Stratégie régionale et Plan d'action sur la nutrition et le développement
14. Pandémie de grippe : Rapport d'activité
15. Application de la gestion axée sur les résultats dans le système des Nations Unies
16. Autres questions
17. Clôture de la session

LISTE DE DOCUMENTS

Documents de travail

SPP40/1, Rev. 1 et SPP40/WP/1	Adoption de l'ordre du jour et du programme des réunions
SPP40/3	Méthodologie pour la formulation du Plan stratégique 2008-2012 du BSP et d'un Agenda proposé de la santé pour les Amériques 2008-2017
SPP40/4	Cadre de l'OPS pour la mobilisation des ressources
SPP40/5	Pandémie de grippe : Rapport d'activité
SPP40/6	Rapport d'activité du Groupe de travail sur la rationalisation des mécanismes de gouvernance de l'OPS
SPP40/7	Actualisation sur le processus de renforcement institutionnel du BSP
SPP40/8	Plans de santé publique pour les Amériques : Cadre conceptuel et processus
SPP40/9	Plan d'action pour la mise en œuvre de la gestion axée sur les résultats au Bureau sanitaire panaméricain
SPP40/11	Stratégie régionale pour une approche intégrée de la prévention des maladies chroniques et de la lutte contre celles-ci, y compris l'alimentation, l'activité physique et la santé
SPP40/12	Stratégie régionale et Plan d'action sur la nutrition et le développement

Documents d'information

SPP40/INF/1	Résultats financiers de l'Organisation panaméricaine de la Santé pour 2004-2005 : Vue d'ensemble des ressources et des tendances financières
SPP40/INF/2	Examen des Centres panaméricains

**LIST OF PARTICIPANTS
LISTA DE PARTICIPANTES**

**Members of the Subcommittee
Miembros del Subcomité**

Argentina

Dr. Carlos Vizzotti
Subsecretario de Relaciones Sanitarias e
Investigación en Salud
Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación
Buenos Aires

Lic. Karina Chierzi
Jefa de Gabinete de la Subsecretaria de Relaciones
Sanitarias e Investigación en Salud
Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación
Buenos Aires

Sr. Sebastián Molteni
Representante Alternativo de Argentina ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

Barbados

Ms. Diane Campbell
Deputy Permanent Secretary
Ministry of Health
St. Michael

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

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

Canada
Canadá

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

Ms. Kate Dickinson
Advisor
International Health Policy and
Communication Division
Health Canada
Ottawa, Ontario

Dr. Nazanin Meshkat
Advisor
International Health Policy and
Communication Division
Health Canada
Ottawa, Ontario

Ms. Amrita Paul
Health Specialist
Canadian International Development Agency
Ottawa

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

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

Costa Rica

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

Sra. Roxana Terán-Victory
Ministra Consejera
Misión Permanente de Costa Rica ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

Paraguay

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

Sr. José Méndez-Vall
Primer Secretario y Representante Alterno
Misión Permanente de Paraguay ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

Venezuela

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

Observer Member States
Estados Miembros Observadores

Brazil
Brasil

Sr. José Roberto de Araújo Ferreira
Gerente de Projeto da Presidência
da Fundação Oswaldo Cruz
Rio de Janeiro

Dr. Sérgio Gaudêncio
Chefe da Divisão de Temas Multilaterais
Ministério da Saúde
Brasília

Grenada
Granada

Dr. Carlene Radix
Chief Medical Officer
Ministry of Health, Social Security, the Environment,
and Ecclesiastical Affairs
St. George's

Mexico
México

Lic. Mauricio Bailón González
Director General
Dirección General de Relaciones Internacionales
Secretaría de Salud
México, D.F.

Lic. Alejandra Morel
Directora para Asuntos Multilaterales
Secretaría de Salud
México, D.F.

Observer Member States (*cont.*)
Estados Miembros Observadores (*cont.*)

Mexico (cont.)

México (cont.)

Sra. Helena Arrington
Subdirectora para Organismos Multilaterales
Secretaría de Salud
México, D.F.

Lic. Juan Gabriel Morales
Representante Alterno de México ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

United States of America
Estados Unidos de América

Dr. William Steiger
Director
Office of Global Health Affairs
Department of Health and Human Services
Washington, D.C.

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

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

Observer Member States (*cont.*)
Estados Miembros Observadores (*cont.*)

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

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

Mr. Mark Abdo
Special Assistant to the Director
Office of Global Health Affairs
Department of Health and Human Services
Washington, D.C.

Ms. Kelly Saldana
Health Sector Reform Adviser
Bureau for Latin America and the Caribbean
Agency for International Development
Washington, D.C.

Ms. Alicia Diaz
Director, Americas
Office of Global Health Affairs
Department of Health and Human Services
Rockville, Maryland

World Health Organization
Organización Mundial de la Salud

Dr. Bill Kean
Director, Governing Body and External Relations
Geneva

Dr. Xavier Leus
Director, WHO Representative to World Bank/IMF
Washington, D.C.

**Pan American Health Organization
Organización Panamericana de la Salud**

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

Dr. Mirta Roses Periago
Director/Directora

*Advisers to the Director
Asesores de la Directora*

Dr. Joxel García
Deputy Director/Director Adjunto

Dr. Carissa Etienne
Assistant Director/Subdirectora

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

- - -