



ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ



134^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF

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

CE134/FR (Fr.)
25 juin 2004
ORIGINAL : ESPAGNOL

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

TABLE DES MATIÈRES

	<i>Page</i>
Ouverture de la session	5
Questions relatives au Règlement	5
Bureau.....	5
Adoption de l'ordre du jour et du programme des réunions.....	6
Représentation du Comité exécutif lors du 45 ^e Conseil directeur de l'OPS, 56 ^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques.....	6
Ordre du jour provisoire du 45 ^e Conseil directeur, 56 ^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques.....	6
Rapports des Comités et Sous-Comités	7
Rapport de la 38 ^e session du Sous-Comité de planification et programmation.....	7
Rapport de situation du Groupe de travail sur l'OPS au 21 ^e siècle.....	8
Rapport du Jury du Prix de l'OPS pour l'Administration, 2004.....	16
Rapport du Comité permanent sur les organisations non gouvernementales en relations officielles avec l'OPS.....	16
Questions relatives à la politique des programmes	17
Rapport de situation du Groupe de travail sur la politique Budget-programme régionale.....	17
Objectifs de développement pour le Millénaire et cibles sanitaires.....	26
Observatoire des ressources humaines en santé.....	34
Accès aux médicaments.....	40
Intensification du traitement dans le cadre d'une réponse intégrée au VIH/SIDA.....	45
Réglementations internationales de la Santé : Perspectives de la Région des Amériques.....	53
Onzième programme général de travail de l'OMS.....	59
Évaluation décennale de l'Initiative régionale des données sanitaires de base.....	63

TABLE DES MATIÈRES *(suite)*

	<i>Page</i>
Questions administratives et financières	69
Rapport sur le recouvrement des contributions et stratégie pour accroître le recouvrement des contributions	69
Rapport financier provisoire du Directeur et Rapport de l’Auditeur externe pour l’exercice 2002-2003	74
Bâtiments et autres locaux de l’OPS.....	82
Questions relatives au personnel	83
Déclaration du Représentant de l’Association du personnel du BSP	83
Questions d’ordre général	86
Résolutions et autres actions de la Cinquante-Septième Assemblée mondiale de la Santé revêtant un intérêt pour le Comité exécutif de l’OPS.....	86
Autres questions	91
Clôture de la session	94
Résolutions et décisions	95
Résolutions	95
CE134.R1 Stratégie pour accroître le recouvrement des contributions.....	95
CE134.R2 Recouvrement des contributions.....	96
CE134.R3 Ordre du jour provisoire du 45 ^e Conseil Directeur 56 ^e session du Comité régional de l’OMS pour les Amériques.....	97
CE134.R4 Intensification du traitement dans le cadre d’une réponse Intégrée au VIH/SIDA	98
CE134.R5 Rapport financier du Directeur et Rapport de l’auditeur externe pour l’exercice 2002-2003	100
CE134.R6 Accès aux médicaments.....	101

TABLE DES MATIÈRES *(suite)*

	<i>Page</i>
Résolutions <i>(suite)</i>	
CE134.R7 Organisations non gouvernementales en relations officielles avec l'OPS	103
CE134.R8 Contribution de l'OPS aux Objectifs de développement de la Déclaration du Millénaire des Nations Unies	104
CE134.R9 Observatoire des ressources humaines en santé.....	107
CE134.R10 Politique budget-programme régionale.....	109
CE134.R11 Rapport du Jury du Prix d'Administration de l'OPS, 2004	112
Décisions	113
CE134(D1) Adoption de l'ordre du jour	113
CE134(D2) Représentation du Comité exécutif lors du 45 ^e Conseil directeur de l'OPS, 56 ^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques.....	113
CE134(D3) Bâtiments et autres locaux de l'OPS.....	113
Annexes	
Annexe A. Ordre du jour	
Annexe B. Liste des documents	
Annexe C. Liste des participants	

RAPPORT FINAL

Ouverture de la session

1. La 134^e Session du Comité exécutif s'est tenue au Siège de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) du 21 au 25 juin 2004. Des délégués des neuf États Membres suivants du Comité exécutif élu par le Conseil directeur étaient présents : Argentine, Barbade, Costa Rica, Dominique, États-Unis d'Amérique, Honduras, Paraguay, Pérou et République dominicaine. Les Délégués du Canada, de l'Espagne, de la France et du Mexique ont également assisté en qualité d'observateurs. De plus, l'Organisation mondiale de la Santé, quatre autres organisations intergouvernementales et quatre organisations non gouvernementales étaient représentées.

2. L'Honorable Herbert Sabaroche (Dominique, Président du Comité exécutif) a ouvert la session et a accueilli les participants, en souhaitant une bienvenue particulière aux pays venus en qualité d'observateurs et aux représentants des diverses organisations intergouvernementales et non gouvernementales. Il a noté que quelque 200 ans auparavant, Benjamin Disraeli avait dit que la santé était la fondation sur laquelle le bonheur et les pouvoirs de l'état dépendaient. Il estimait qu'il s'agissait là de sages paroles à garder à l'esprit alors que le Comité s'apprêtait à se mettre au travail.

3. Le Dr Mirta Roses (Directrice, Bureau sanitaire panaméricain) a également souhaité la bienvenue aux participants. Comme en témoignaient les documents présentés au Comité, des progrès considérables avaient été accomplis dans les divers domaines de travail depuis la session de mars du Sous-Comité de planification et de programmation et elle s'est réjouie à l'idée que le Comité continuerait à montrer la voie à suivre au travail de l'OPS. Elle était certaine que la session serait très productive et fructueuse, et qu'elle serait marquée par la bonne humeur et l'esprit de camaraderie entre les participants. Elle a fait remarquer que le Dr José Rodríguez Soldevila (République dominicaine) participerait pour la dernière fois en qualité de délégué officiel au Comité exécutif, car il prendrait sa retraite au mois d'août. Le Dr Rodríguez Soldevila avait été un important chef de file du mouvement des soins de santé primaires et avait fait de nombreuses contributions des plus utiles à la gouvernance et au développement de l'Organisation au fil des ans. Elle espérait que le Comité saurait profiter pleinement de sa sagesse et de son expérience.

Questions relatives au Règlement

Bureau

4. Les Membres suivants élus lors de la 133^e session du Comité ont continué à assumer leurs positions respectives lors de la 134^e session :

<i>Président :</i>	Dominique	(Hon. Herbert Sabaroche)
<i>Vice-président :</i>	Honduras	(Dr Manuel Antonio Sandoval Lupiac)
<i>Rapporteur :</i>	Paraguay	(Dr Julio César Velázquez)

5. L'Argentine a été nommée à titre de Rapporteur pro tempore pour le dernier jour de la session en raison de l'absence du Paraguay ce même jour. La Directrice était le Secrétaire de droit et le Dr Joxel García, Directeur adjoint du Bureau sanitaire panaméricain (BSP) était le Secrétaire technique.

Adoption de l'ordre du jour et du programme des réunions (documents CE134/1, Rév. 1, et CE134/WP/1, Rév. 1)

6. Conformément à l'Article 9 de son Règlement intérieur, le Comité a adopté l'ordre du jour provisoire préparé par le Secrétariat (décision CE134(D1)). Le Comité a également adopté le programme de la réunion.

Représentation du Comité exécutif lors du 45^e Conseil directeur, 56^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques (document CE134/3)

7. Conformément à l'Article 54 de son Règlement intérieur, le Comité exécutif a nommé les délégués de la Dominique et du Honduras, son Président et Vice-président, respectivement, aux fins de représenter le Comité au 45^e Conseil directeur. Le Costa Rica et le Paraguay ont été nommés comme remplaçants de la Dominique et du Honduras, respectivement (décision CE134(D2)).

Ordre du jour provisoire du 45^e Conseil directeur, 56^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques (document CE134/4 et document CE134/4, Rév. 1)

8. Le Dr Joxel García (Directeur adjoint, BSP) a présenté l'ordre du jour provisoire préparé par la Directrice conformément à l'Article 14.B de la Constitution de l'OPS et à l'Article 7 du Règlement intérieur du Conseil directeur. Le Comité a adopté l'ordre du jour avec l'addition de plusieurs points proposés par la Directrice ou par les États Membres, à savoir, les rapports sur la réunion extraordinaire du Comité hémisphérique pour l'éradication de la fièvre aphteuse, la 13^e Conférence interaméricaine des Ministres du Travail, la réunion de novembre 2003 du Comité consultatif régional sur la recherche en santé, et un rapport sur la réduction de l'impact des catastrophes sur la santé, en relation aux préparatifs pour la Conférence mondiale sur la réduction de l'impact des catastrophes qui se tiendra à Kobe, au Japon, en janvier 2005. La Directrice a fait remarquer qu'à la demande du 44^e Conseil directeur, une session spéciale prendrait place pendant la semaine pour commémorer le 25^e anniversaire de la Conférence d'Alma-Ata et

renouveler l'engagement à la stratégie des soins de santé primaires. Elle a en outre exprimé le souhait que le Secrétaire général nouvellement élu de l'Organisation des États américains s'adresserait au Conseil.

9. En réponse à une question concernant le Prix Jacques Parisot, le Dr García a expliqué que le prix était une bourse pour la recherche en santé publique ou en médecine sociale, attribuée tous les deux ans par la Fondation Jacques Parisot à un récipiendaire sélectionné parmi trois candidats proposés par une des régions de l'OMS. Les candidats étaient nommés par les différents comités régionaux en rotation. Il était revenu à la Région des Amériques de soumettre les nominations en janvier 2004; toutefois, étant donné que les nominations devaient être examinées d'abord par le Comité consultatif régional sur la recherche en santé (CCRS), qui ne s'était pas réuni depuis novembre 2003, le 44^e Conseil directeur n'avait pas été en mesure d'approuver les nominations. Les nominations recommandées par le CCRS seraient par conséquent soumises au 45^e Conseil directeur pour approbation et seraient ensuite envoyées au panel de sélection des prix en janvier 2005.

10. Le Délégué du Canada a recommandé que le Secrétariat inscrive les diverses cérémonies de prix en début de semaine afin d'assurer que le plus grand nombre possible de ministres de la santé et autres délégués de haut niveau soient présents pour saluer comme il se doit les récipiendaires des prix.

11. Le Comité a adopté la résolution CE134.R3, approuvant l'ordre du jour provisoire, tel que revu.

Rapports des Comités

Rapport de la 38^e session du Sous-Comité de planification et programmation (document CE134/5)

12. Le rapport sur la 38^e session du Sous-Comité de planification et programmation, qui s'est tenu du 24 au 26 mars 2004, a été présenté par le Dr Carlos Vizzotti (Argentine, Vice-président du Sous-Comité de planification et programmation). La session avait réuni des représentants des Membres suivants du Sous-Comité, élus par le Comité exécutif ou nommés par la Directrice : Argentine, Barbade, Brésil, Canada, États-Unis d'Amérique, Guatemala, Honduras et Pérou. Des représentants du Mexique étaient également présents en qualité d'observateurs. Le Sous-Comité a nommé la Barbade comme Président de la 38^e session. L'Argentine a été élue Vice-président et le Brésil a été élu Rapporteur.

13. Le Sous-Comité avait discuté des points suivants : Objectifs de développement pour le Millénaire et cibles sanitaires; Observatoire des ressources humaines en santé;

Accès aux fournitures de santé publique; Intensification des systèmes de santé pour une réponse intégrée aux VIH/SIDA; Réglementations internationales de la santé : Perspectives de la Région des Amériques; Évaluation décennale de l'Initiative régionale des données sanitaires de base; Rapport de situation du groupe de travail sur la politique budget-programme régionale; Stratégie pour augmenter le recouvrement des contributions des pays; 11^e Programme général de travail de l'OMS. Comme tous ces thèmes devaient également être discutés par le Comité exécutif lors de la 133^e session, il ferait le compte rendu des commentaires du Sous-Comité pour chacun de ces thèmes au moment où le Comité les examinerait.

14. De plus, sous le point « Autres questions », la Directrice a mis à jour le Sous-Comité sur les résultats d'une conférence récente sur la fièvre aphteuse et sur le statut de trois centres régionaux : l'Institut panaméricain pour la protection alimentaire et la Lutte contre les Zoonoses (INPPAZ), le Centre d'Épidémiologie des Caraïbes (CAREC), et le Centre panaméricain de la Fièvre aphteuse (PANAFTOSA). Le Sous-Comité a demandé qu'elle présente un rapport plus complet sur la situation financière des trois centres lors de la présente session du Comité exécutif. Le Sous-Comité a également entendu une brève mise à jour sur les activités du Groupe de travail sur l'OPS au 21^e siècle. Un rapport plus détaillé sur ce thème serait également présenté lors de la 134^e session du Comité exécutif. Les récapitulatifs des présentations et des discussions sur chacun des points susmentionnés se trouvent dans le Rapport final de la 38^e session du Sous-Comité (document SPP38/FR).

15. Le Comité exécutif a pris note du rapport et a remercié le Sous-Comité de son travail.

Rapport de situation du Groupe de travail sur l'OPS au 21^e siècle (documents CE134/6, CE134/6, Add I., et CE134/INF/1)

16. L'Honorable Jerome Walcott (Barbade, Président du Groupe de travail sur l'OPS au 21^e siècle) a rappelé que le Groupe de travail sur l'OPS au 21^e siècle avait été établi par le Comité exécutif lors de sa 133^e session, conformément à la résolution CD44.R14. Le Comité avait nommé l'Argentine, la Barbade, le Costa Rica et le Pérou comme membres du Groupe de travail. Le Groupe avait tenu sa première réunion à la Dominique en février 2004. Outre les membres susmentionnés, Antigua et Barbuda, les Antilles néerlandaises, les Bahamas, le Chili, la Dominique, les États-Unis d'Amérique, la France, le Mexique et l'Uruguay étaient représentés.

17. Avant la première réunion, les termes de référence proposés pour le Groupe avaient été mis à disposition dans une salle de discussion virtuelle spéciale sur le site web de l'OPS pour que les Membres du Comité exécutif fassent leurs commentaires. Ces termes de référence, qui avaient été convenus à la Dominique, étaient comme suit : 1) Défis en santé publique dans les Amériques pour les années à venir, 2) Biens mondiaux

et régionaux de la santé publique au 21^e siècle et leur relation avec le mandat de l'OPS, 3) Évolution de la nature des partenariats et alliances dans le développement international en santé relevant du rôle de l'OPS, 4) Modalités de la coopération technique en santé, et 5) Gouvernance de l'OPS. Lors de la réunion, le Groupe de travail avait accepté d'ajouter un sixième thème aux termes de référence : Ressources pour la santé. Le Groupe avait également identifié un nombre de points secondaires connexes à considérer dans le cadre de chacun des thèmes principaux. Les points secondaires étaient cités dans le document CE134/INF/1.

18. La deuxième réunion du Groupe de travail avait été tenue en mars 2004, immédiatement avant la 38^e session du Sous-Comité de planification et programmation. Lors de cette réunion, il avait été convenu qu'entre mars et mai 2004, les membres du Groupe de travail prépareraient chacun une analyse préliminaire de l'un des termes de référence, avec l'appui selon les besoins, des bureaux de l'OPS dans les pays, des bureaux régionaux et autres sources jugées appropriées. Le thème « Évolution de la nature des partenariats et alliances dans le développement international en santé relevant du rôle de l'OPS » avait été attribué au Pérou; « Biens mondiaux et régionaux de la santé publique au 21^e siècle et leur relation avec le mandat de l'OPS » avait été attribué à l'Argentine; « Modalités de la coopération technique en santé » au Costa Rica; et « Gouvernance de l'OPS » à la Barbade. En outre, il avait été convenu que le Secrétariat, qui avait été prié lors de la première réunion d'entreprendre l'analyse des « Défis de la santé publique au 21^e siècle », préparerait une version modifiée de son analyse. Le thème « Ressources en santé » avait été sous-divisé en quatre thèmes secondaires et il avait été convenu que pour éviter la duplication des efforts, l'analyse dans le domaine des ressources financières serait entreprise en collaboration avec le Groupe Consultatif sur la politique du budget-programme régionale. Les États-Unis d'Amérique, qui avaient participé à toutes les réunions du Groupe de travail, s'étaient vu confier la préparation de l'analyse préliminaire sur les ressources humaines à l'OPS. L'analyse des ressources scientifiques/techniques et intangibles avait été confiée au Secrétariat.

19. Il était prévu que toutes les analyses préliminaires seraient distribuées pour les commentaires des États Membres avant la fin mai, mais cela ne s'était pas produit. Quatre analyses seulement avaient été distribuées, et un seul pays avait fait des commentaires jusqu'à présent. Le document CE134/6, Add. I, contenait les récapitulatifs des analyses préliminaires préparées par l'Argentine, la Barbade, le Costa Rica, les États-Unis et le Pérou, ainsi que la deuxième version de l'analyse par le Secrétariat des défis en santé publique. Les autres analyses assignées au Secrétariat étaient encore en préparation.

20. Les États Membres avaient été priés de soumettre leurs commentaires sur les analyses préliminaires pour le 16 juin 2004. Les analyses seraient alors modifiées en conséquence et prêtes pour être discutées lors de la prochaine réunion du Groupe de travail qui se tiendrait les 26 et 27 juillet au Costa Rica. Le Ministre Walcott a conclu son rapport

en remerciant les membres du Groupe et les autres États Membres qui avaient pris part au travail du Groupe. Il a également exprimé son appréciation au Secrétariat pour son appui et sa coopération.

21. Les Délégués de l'Argentine, de la Barbade, du Costa Rica et du Pérou avaient alors donné de brefs aperçus des analyses de leurs pays respectifs des divers termes de référence. Le Ministre Walcott a indiqué que le document de la Barbade sur la « Gouvernance de l'OPS » commençait par une définition de la gouvernance et discutait de la structure présente de gouvernance de l'OPS. Le document examinait ensuite les changements et l'évolution de la gouvernance de l'Organisation sur les 100 dernières années, notamment sa relation avec l'OMS. Il se poursuivait en examinant l'avenir de l'OPS et le plus grand rôle que joueraient les organisations de la société civile, en soulignant le besoin pour l'OPS et les Gouvernements Membres de développer des systèmes qui assureraient une transparence et un partage de l'information plus grands. Le document avait également remarqué que, pour permettre à l'OPS de réagir efficacement aux défis de la mondialisation et à l'évolution des besoins des États Membres, certaines réformes organisationnelles seraient requises, dont des changements dans la gouvernance, la budgétisation et l'affectation des ressources. Les principales questions de gouvernance à résoudre étaient divisées en trois catégories : structure et Organes directeurs de l'OPS, fonctionnement de l'OPS et relations avec les parties concernées. Le document soulevait un nombre de questions spécifiques sous chacune de ces rubriques, dont certaines étaient mentionnées dans le récapitulatif contenu à l'Annexe II du document CE134/6, Add.1.

22. Le Dr Pilar Mazzetti (Pérou) a indiqué que le document que son pays préparait sur « l'Évolution de la nature des partenariats et alliances dans le développement international en santé » portait essentiellement sur la façon de permettre à l'Organisation de tirer pleinement parti de la présence d'une série de nouveaux acteurs afin de faire progresser le développement de la santé dans la Région. Il existait une longue tradition d'associations et d'alliances dans les sphères politiques, sociales et économiques qui avaient contribué à d'importantes réalisations dans la santé publique internationale. Le phénomène de la mondialisation a donné lieu à l'émergence de nouveaux types d'acteurs et de nouveaux types d'alliances et d'associations. Ces nouveaux acteurs incluaient d'autres secteurs, tels que celui de l'éducation et celui de l'économie et des finances, dont l'influence sur le secteur de la santé était indéniable. D'autres acteurs importants étaient les agences multilatérales, les agences bilatérales, les organisations régionales, les agences financières, les fondations privées, les entreprises privées, la société civile, les groupes religieux, les organisations non gouvernementales (ONG), les associations professionnelles, les facultés de médecine et autres institutions universitaires, et les médias.

23. Le rôle de leadership de l'OPS pourrait être affaibli par la présence de ces acteurs nouveaux et influents et par des scénarios nouveaux et changeants, à moins que des stratégies ne soient développées pour permettre à l'Organisation de s'adapter à ce nouveau

contexte. Ces stratégies devraient s'efforcer de 1) développer la capacité de l'OPS à coordonner et promouvoir le dialogue entre les acteurs; 2) renforcer les liens avec la société civile; 3) établir des partenariats spécifiques à des fins spécifiques avec les nouveaux acteurs afin d'utiliser au mieux ces associations et alliances; et 4) appuyer les fora multidisciplinaires, qui font partie du nouveau « langage » des relations entre les pays. En cultivant les qualifications et les compétences requises pour tirer parti de ces nouvelles relations, l'OPS deviendrait plus forte et plus réactive aux besoins des pays et elle serait en mesure d'utiliser son travail avec les associations et les alliances comme une puissante stratégie de développement.

24. Le Dr María del Rocio Sáenz Madrigal (Costa Rica) a indiqué que l'analyse de son pays des « Modalités de coopération technique en santé » était guidée par le concept de « coopération entre tous et pour tous » dans le domaine de la santé. L'analyse soulignait un nombre de facteurs et de tendances qui influenceraient la façon dont l'OPS fournirait la coopération technique à l'avenir, notamment un nouveau contexte de santé publique avec de nouveaux risques et bénéfiques, la coexistence de problèmes de santé publique anciens et nouveaux, un nouveau rôle pour les ministères de la santé, l'intervention de nouveaux acteurs, de nouvelles formes de coopération, le besoin de réponses aux défis de la santé publique basées sur les observations, le besoin d'accroître les ressources, la création de réseaux, le rôle du secteur privé et le rôle des universités.

25. A la lumière de ces facteurs, le document identifiait plusieurs besoins en ce qui concernait la coopération technique. L'un était le besoin d'approches novatrices de la coopération hémisphérique, dont le renforcement des capacités et l'avantage tiré des capacités et des forces des pays eux-mêmes, la recherche de partenariats stratégiques ou l'appui à ces partenariats et la définition des règles du jeu pour ces partenariats, et, dans la mesure du possible, un nouvel examen de la façon dont les pays étaient présentement classifiés en ce qui concernait la coopération technique internationale et l'adoption d'une classification fondée sur les inégalités géographiques entre populations, les progrès sur la voie des Objectifs de développement pour le Millénaire, ou d'autres critères. D'autres questions soulevées portaient sur le rôle de l'OPS en coopération au niveau des pays, aux niveaux sous-régional, régional et mondial et le besoin pour l'Organisation de définir soigneusement sa stratégie de coopération avec les pays afin d'utiliser au mieux ses ressources limitées et de réaliser les meilleurs résultats possibles. En outre, le document soulignait l'importance de combler les insuffisances en santé et de définir quel était le but des pays et comment l'OPS pouvait les aider à l'atteindre, et il soulignait le besoin d'assurer une main-d'œuvre nécessaire et suffisante à cette fin, incluant un équilibre entre le personnel assigné au Siège de l'OPS et le personnel dans les bureaux des pays, ainsi que la participation des pays à l'évaluation et la supervision de la performance du personnel. Enfin, le document identifiait plusieurs enjeux à prendre en compte dans le travail futur en ce qui concernait les modalités de la coopération technique, notamment la définition d'un plan d'organisation et de travail, l'ouverture de la discussion aux autres États Membres et

la façon de les motiver pour qu'ils participent, et la réalisation de l'intégration à d'autres initiatives, telles que l'Agenda commun BID/Banque mondiale/OPS et les efforts pour atteindre les objectifs de la Déclaration du Millénaire.

26. Le Dr Carlos Vizzotti (Argentine) a résumé le contenu du document de son pays sur les « Biens mondiaux et régionaux de la santé publique au 21^e siècle et leur relation avec le mandat de l'OPS », qui cherchait à définir ce qui constituait un bien public et à identifier le rôle de l'OPS dans la gestion des biens régionaux de la santé publique. Les biens publics produisaient des bénéfices qui ne pouvaient pas facilement se limiter à un seul acheteur ou à un groupe d'acheteurs. Contrairement aux biens privés, ils appartenaient au domaine public et étaient accessibles à tous. Les biens publics comprenaient des éléments aussi divers que la paix mondiale, l'équilibre environnemental et la stabilité économique. Dans le cas de biens publics mondiaux, les bénéfices allaient au-delà des frontières nationales et régionales. Avec la mondialisation, de nombreux biens publics étaient devenus des biens publics mondiaux qui ne pouvaient pas facilement être fournis par les pays sans une sorte de coopération internationale. La mondialisation avait également modifié la nature des défis en santé, en créant des « problèmes de santé internationaux », qui pourraient être définis comme des problèmes de santé, des défis et des activités qui transcendaient les frontières nationales, qui pouvaient être influencés par les circonstances dans plusieurs pays, et qui pouvaient être traités de préférence au moyen de processus coopératifs.

27. Dans ce nouveau contexte, quel était le rôle de l'OPS dans l'assistance aux pays pour répondre aux besoins de santé et assurer la fourniture des biens de santé publique régionaux ? Certaines suggestions incluaient, tout d'abord, une analyse conjointe par les États Membres et le Secrétariat, des biens de santé publique dont les pays de la Région avaient le plus besoin. Un autre rôle majeur pour l'OPS était de fournir une information fiable et de qualité élevée, et de faciliter un accès équitable à l'information pour tous les États Membres. De plus, l'Organisation pourrait aider les pays en appuyant le dégagement de consensus et le renforcement de la capacité de négociation et d'exécution d'accords internationaux en santé, de négociations conjointes pour l'acquisition de médicaments et de fournitures sanitaires et de technologies stratégiques; l'appui aux études d'évaluation économique régionales pour évaluer les coûts des interventions régionales et sous-régionales pour lutter contre le VIH/SIDA, le paludisme, la tuberculose et d'autres maladies; la caractérisation de stratégies utilisées dans la prévention et le contrôle des maladies, et la dissémination des bonnes méthodes; la définition des pays prioritaires par type de problème sanitaire régional et l'appui pour les aider à résoudre conjointement des problèmes tels que le paludisme ou la maladie de Chagas; et la coopération dans l'identification de besoins sanitaires régionaux ainsi que la coordination des efforts pour répondre à ces besoins, notamment l'encouragement de banques de développement régional pour assurer le financement d'initiatives en santé et appuyer la production commune de biens de santé publique régionaux.

28. Dans la discussion qui a suivi, les Membres ont remercié le Groupe de travail pour ses efforts et ont loué les divers pays pour l'abondance d'idées et de suggestions intéressantes qu'ils ont avancées dans les analyses préliminaires. Les Membres ont demandé au Secrétariat de faire des commentaires sur la façon dont ces idées et suggestions seraient incorporées dans la programmation et le travail de l'Organisation. Ils ont remarqué que le processus du Groupe de travail offrait une opportunité idéale de trouver un moyen de lier ensemble tous les différents efforts parallèles menés dans divers domaines, à la fois au sein de l'Organisation et au-delà, dans l'espace plus large de la communauté internationale du développement. Dans le domaine du VIH/SIDA par exemple, des agences multiples intervenaient dans des initiatives multiples dans toute la Région, et il fallait mettre en place un mécanisme de coordination afin d'éviter la duplication de l'effort et assurer que les diverses parties impliquées ne travaillaient pas sur des objectifs croisés. Également à l'intérieur de l'OPS, il était important de trouver des moyens de relier le travail en cours sur les diverses questions de politique programmatique discutées par le Comité pendant la semaine. En rapport avec ceci, il avait été suggéré qu'un espace pour commentaires généraux soit créé sur le site web du Groupe de travail. À présent, l'espace virtuel n'était permis que pour des commentaires spécifiques sur les diverses analyses préliminaires. L'ouverture d'un espace pour des commentaires généraux permettrait non seulement aux pays de faire des commentaires sur le processus pris dans son ensemble, mais elle pourrait également servir de moyen à commencer à consolider les différents documents et commentaires.

29. Les Membres ont également demandé au Secrétariat d'assurer que l'information affichée sur le site web du Groupe de travail était disponible en anglais et en espagnol et que le site web lui-même était facilement accessible, car des délégués avaient indiqué qu'ils avaient eu des difficultés à y avoir accès. Ils ont également suggéré de demander aux Représentants de l'OPS/OMS (PWR) d'encourager les parties prenantes dans leurs pays d'affectation respectifs à soumettre leurs commentaires à la date d'échéance du 16 juillet.

30. Le Représentant de la Banque interaméricaine de développement a communiqué que la BID considérait le processus du Groupe de travail comme un élément très positif et qu'il avait été heureux de considérer une demande d'appui à ce processus. Il s'attendait à ce que la demande soit approuvée sous peu. Il a convenu qu'il y avait un grand besoin de coordination entre les différentes agences de coopération internationale et a fait remarquer que l'Agenda commun pourrait servir de mécanisme de coordination ainsi que comme un moyen de faire progresser les efforts du Groupe de travail pour définir un nouvel agenda stratégique pour l'OPS. La BID avait présentement deux initiatives qui pourraient prêter appui, en particulier pour le travail du Groupe dans le domaine des biens publics régionaux. L'une était un fonds pour des projets liés à la fourniture de biens publics

régionaux. Le montant disponible dans le fonds était de US\$ 5 millions,¹ mais en 2005 il pourrait passer à \$10 millions. De plus, la Banque fournissait son appui au développement d'une méthodologie pour la sélection et la dissémination d'expériences réussies et de bonnes méthodes dans le domaine de la santé. L'objectif était d'établir un espace permanent sur l'Internet pour disséminer l'information concernant des expériences réussies et les bonnes méthodes et de faire en sorte que la méthodologie soit accessible pour que les pays l'utilisent dans l'évaluation d'expériences de santé. La méthodologie elle-même serait par conséquent un bien public régional.

31. Répondant à une demande d'un délégué qu'il revoie les délais du Groupe de travail pour terminer son travail et faire rapport au Conseil directeur, le Président du Groupe de travail a indiqué que les commentaires reçus le 16 juillet seraient incorporés dans les différents documents, qui seraient ensuite examinés attentivement par le Groupe de travail lors de la prochaine réunion au Costa Rica. Le Groupe de travail envisagerait également un budget et une échéance à court terme pour son travail futur. Les six documents devraient par la suite être synthétisés en un seul document, et le Groupe de travail demanderait l'assistance du Secrétariat à cette fin. Il n'était pas prévu que le Groupe de travail fasse une présentation formelle au 45^e Conseil directeur en septembre 2004; toutefois, il y avait l'espoir que le document synthétisé soit prêt pour être discuté à l'époque —peut-être dans une table ronde à laquelle les États Membres pourraient fournir des commentaires et des apports supplémentaires. Après cela, il faudrait rassembler des faits empiriques pour compléter le document. Par exemple, certains aspects du fonctionnement de l'OPS devraient être évalués et certaines données devraient faire l'objet d'un nouvel examen.

32. Le Groupe de travail soumettrait son rapport final avec les conclusions et les recommandations au 46^e Conseil directeur en 2005. Il reviendrait alors au Conseil directeur de prendre des mesures sur ces recommandations afin d'assurer que le travail du Groupe ne se termine pas simplement en une collection de documents mais en des résultats concrets qui transformeraient l'OPS pour le bien de tous les pays.

33. La Déléguée du Costa Rica a remercié la BID de son désir de fournir son appui à la réunion du Groupe de travail dans son pays et de la poursuite du travail du Groupe. Elle a rappelé que le Groupe de travail avait été établi à l'initiative des États Membres et a souligné le besoin pour tous les pays de participer à son travail afin de permettre au Groupe de s'acquitter du mandat qui lui avait été donné par le 44^e Conseil directeur.

34. La Directrice a assuré le Comité que le Secrétariat était pleinement conscient du fait que le Groupe de travail était une initiative induite par les pays et qu'il était prêt à

¹ À moins d'indication contraire, tous les chiffres monétaires du présent rapport sont exprimés en dollars des États-Unis.

fournir tout l'appui dont le Groupe avait besoin pour s'acquitter de son mandat. Le Secrétariat prendrait des mesures pour régler les problèmes technologiques qui empêchaient les États Membres d'accéder aux documents du Groupe de travail, et il impliquerait les PWR dans une plus grande mesure pour disséminer les documents et encourager tous les pays à participer activement au processus. Il s'engagerait également à mettre à la disposition du Groupe de travail et de tous les États Membres une mine d'information qui existait au sein du Secrétariat, mais qui jusqu'à présent n'avait pas été distribuée à grande échelle. Un exemple en était une étude récente sur la distribution du personnel et l'évolution de la dotation en personnel, qui pourrait être un apport précieux pour le travail du Groupe dans le domaine des ressources humaines. Le Groupe de travail pourrait également juger utile d'examiner les évaluations des stratégies de coopération avec les pays de l'Organisation que l'OPS entreprenait dans différents pays, en utilisant une méthodologie convenue avec l'OMS.

35. Elle a estimé que le Groupe de travail pouvait apporter une contribution énorme à la croissance de l'OPS, tant d'une perspective technique que du point de vue institutionnel et des politiques. L'une des choses qui avait disparu au fil des ans était l'existence d'une unité au sein du Secrétariat, consacrée spécifiquement au développement institutionnel. La consultation avec les États Membres au sein du Groupe de travail pourrait aider à combler ce vide. L'apport des États Membres serait également bénéfique dans un autre domaine dans lequel l'Organisation faisait montre de faiblesse : l'expression formelle de certaines politiques. Par exemple, longtemps l'OPS avait fortement appuyé les initiatives d'intégration sous-régionales et elle avait été le partenaire des pays dans ces initiatives, mais elle n'avait pas de politique claire en la matière, et il n'y avait jamais eu de discussion formelle de ce thème par les Organes directeurs. En fait, à l'exception de la résolution de 1983 sur la décentralisation et le rôle des PWR et le document de 1995 sur le panaméricanisme et la coopération technique entre les pays, il n'y avait eu virtuellement aucun débat dans les Organes directeurs sur les éléments politiques de la gestion institutionnelle et la gestion de la coopération technique. La discussion du Groupe de travail de ces questions était par conséquent tout à fait bienvenue.

36. Bien que le Secrétariat n'ait cherché ni reçu des ressources supplémentaires pour ces processus de réflexion institutionnelle et d'examen de conscience, il était certainement reconnaissant à la BID de l'appui qu'elle offrait au Groupe de travail et il accueillerait avec plaisir les suggestions des États Membres sur la façon dont des ressources supplémentaires pourraient être mobilisées pour appuyer des processus semblables.

37. Quant à la façon dont le Secrétariat utiliserait les idées et recommandations émanant du Groupe de travail, elle a fait remarquer que certaines recommandations ne portaient pas à controverse et qu'elles étaient faciles à mettre en place. Ces recommandations seraient adoptées immédiatement. En fait, quelques suggestions du Groupe de travail étaient déjà mises en pratique. Dans d'autres cas, les suggestions du

Groupe de travail n'avaient pas encore été suffisamment affinées dans la mesure dans laquelle elles pouvaient être prises pour des recommandations précises, et il serait par conséquent nécessaire de donner du temps à des discussions ultérieures et d'attendre les orientations et recommandations formelles du Conseil directeur. Elle a conclu en réitérant que le Secrétariat était fermement engagé à appuyer le processus du Groupe de travail car elle croyait qu'il renforcerait l'Organisation en tant qu'institution et qu'il renforcerait sa capacité à répondre aux besoins de coopération des pays.

38. Le Comité exécutif a remercié le Groupe de travail de ses efforts et a encouragé tous les États Membres à faire rapidement leurs commentaires sur les analyses préliminaires.

Rapport du Jury du Prix de l'OPS pour l'Administration, 2004 (documents CE134/7 et CE134/7, Add. I)

39. Madame Roxana Terán de De la Cruz (Costa Rica) a indiqué que le Jury du Prix de l'OPS pour l'Administration, 2004, composé des représentants du Costa Rica, de la Dominique et du Paraguay, s'était réuni le 23 juin 2004. Après examen de la documentation sur les candidats nommés par les États Membres, le Comité avait décidé de décerner le prix au Dr Gastão de Souza Campos du Brésil, pour sa contribution remarquable à la transformation du modèle de soins de santé dans son pays à l'aide du développement d'une méthode de gestion qui avait augmenté la démocratisation des services de santé.

40. Le Comité a adopté la résolution CE134.R11, en avalisant la décision du Jury. Il a félicité les autres candidats et remercié les États Membres qui ont soumis les nominations.

Rapport du Comité permanent sur les organisations non gouvernementales en relations officielles avec l'OPS (documents CE134/8 et CE134/8, Add. I)

41. L'Honorable Jerome Walcott (Barbade) a indiqué que le Comité permanent sur les organisations non gouvernementales (ONG), composé des représentants de la Barbade, des États-Unis d'Amérique et du Pérou, avait examiné une demande d'adhésion qui lui avait été soumise par la Directrice en vertu des *Principes régissant les relations entre l'Organisation panaméricaine de la Santé et les organisations non gouvernementales*. Après examen du document d'information préparé par le Secrétariat sur l'organisation en question, le Réseau sanitaire des femmes d'Amérique latine et des Caraïbes (RSMLAC), le Comité permanent avait décidé de recommander au Comité exécutif d'admettre que le RSMLAC entre en relations officielles avec l'OPS.

42. Le Comité permanent avait également examiné la documentation sur les cinq ONG suivantes dont le statut en tant qu'organisations en relations officielles avec l'OPS était dû

pour examen : la Fédération panaméricaine des associations d'écoles médicales (FEPAFEM), la Fédération latino-américaine des hôpitaux (FLH), le Collège interaméricain de radiologie (ICR), la Fédération panaméricaine de la profession d'infirmières (FEPPEN), et l'Association latino-américaine des industries pharmaceutiques (ALIFAR). En outre, en conformité à la résolution CE132.R9 adoptée par le Comité exécutif en juin 2003, le Comité permanent avait examiné à nouveau le statut de deux ONG interaméricaines dont les relations officielles avaient été renouvelées pour un an, étant entendu que le statut de leurs activités et performance en vertu d'un plan de travail de collaboration convenu serait examiné à nouveau lors de la réunion du Comité permanent en juin 2004. Ces deux ONG étaient l'Organisation internationale des associations de consommateurs (CI-ROLAC) et l'Union panaméricaine contre les maladies sexuellement transmissibles (UPACITS, anciennement ULACETS).

43. Après une brève présentation par les ONG respectives et les commentaires du Secrétariat de l'OPS, et à la lumière de l'information écrite concernant les activités de collaboration entre chacune des ONG suivantes et l'OPS, le Comité permanent a décidé de recommander au Comité exécutif qu'il autorise la poursuite des relations officielles avec ICR, ALIFAR, FLH, FEPAFEM, FEPPEN et CI-ROLAC pour une période de quatre ans.

44. Le Comité permanent a recommandé de mettre fin aux relations officielles entre l'OPS et l'Union panaméricaine contre les maladies sexuellement transmissibles (UPACITS, anciennement ULACETS).

45. Le Comité a adopté la résolution CE134.R7, souscrivant aux recommandations du Comité permanent.

Questions relatives à la politique des programmes

Rapport de situation du Groupe de travail sur la politique budget-programme régionale (documents CE134/9 et CE134/9, Add. 1/)

46. Le Dr Karen Sealey (Responsable, Domaine de la planification, budget-programme et appui aux projets, OPS) a introduit ce point. Elle a commencé par s'excuser pour le retard dans la distribution des documents contenant la nouvelle politique budget-programme proposée, en expliquant que ce retard était dû aux tentatives du Secrétariat d'assurer la participation maximum des États Membres au développement de la politique. Elle a rappelé qu'afin d'obtenir l'apport des États Membres pour la révision de la politique budget-programme, le Secrétariat avait établi un groupe consultatif d'experts nationaux en planification, budgétisation et développement international. Le groupe s'était réuni pour la première fois en mars 2004, juste avant la 38^e session du SPP. Le Secrétariat avait ensuite effectué un travail analytique sur la politique budget-programme en tenant compte des

commentaires formulés lors de cette réunion et des recommandations du groupe consultatif. Par la suite, une deuxième réunion du groupe consultatif s'était tenue au mi mai 2004. Du travail supplémentaire avait été entrepris afin de préparer une proposition prête à être présentée au Comité exécutif. Cette proposition était présentée dans le document CE134/9, Add. I.

47. Elle a ensuite décrit le contenu du document, en passant en revue les antécédents et le contexte pour la révision de la politique budget-programme de l'Organisation. Les principales raisons pour cette révision incluaient le souhait exprimé par les États Membres de revoir les méthodes en place d'allocation des ressources; le besoin d'actualiser la politique en vigueur qui datait de 1985, pour tenir compte des plans et directions actuels de l'Organisation; l'impact de la résolution WHA51.31, qui avait considérablement réduit l'allocation de l'OMS à la Région (même si, heureusement, cette décision avait été révoquée lors de la Cinquante-septième Assemblée mondiale de la Santé en mai 2004); l'approbation des nouveaux Plan stratégique et Stratégie de gestion pour l'OPS correspondant à la période 2003-2007, avec une intensification du « country focus » de l'OPS et l'identification de cinq pays clés; et les décisions du 44^e Conseil directeur, qui avaient préconisé une revue des critères pour l'allocation des ressources entre pays et le développement d'une approche plus équitable, basée sur les besoins.

48. Le document décrivait les facteurs qui avaient été pris en considération dans la formulation de la politique budget-programme proposée, notamment les objectifs de développement de la Déclaration du Millénaire des Nations Unies, qui représentaient maintenant le domaine majeur pour les efforts de toutes les agences de développement; la demande accrue de l'appui de l'OPS aux processus d'intégration régionaux et sous-régionaux dans le domaine de la santé; le besoin de mettre en évidence les valeurs essentielles d'équité et de solidarité de l'OPS et d'assurer la performance de ses fonctions essentielles à tous les niveaux; l'accroissement du country focus; et le besoin d'identifier une méthodologie fondée sur les besoins pour allouer les ressources de la coopération technique, qui étaient l'un des aspects les plus stimulants du processus. Le document cernait également la relation entre les niveaux fonctionnels (pays, sous-régional et régional), les domaines de travail et les unités organisationnelles de l'OPS, et décrivait les contributions de chacune à la prestation globale de la coopération technique par l'Organisation. Dans le cadre de la politique proposée, la portion destinée aux pays de l'allocation passerait de 35% à 40%, et une nouvelle composante sous-régionale de 5% serait introduite. La composante sous-régionale représentait du travail qui fournissait un appui directement ou indirectement au niveau des pays, mais elle était catégorisée pour refléter adéquatement le travail qui se déroulait au niveau sous-régional ou à l'appui de l'agenda de la santé sur des ressources d'intégration sous-régionales.

49. Le document poursuivait en discutant les facteurs à considérer dans l'allocation des ressources entre pays. Ces facteurs comprenaient, en tout premier lieu, le principe

d'équité entre les pays, les pays ayant les plus grands besoins recevant une part proportionnellement plus élevée, et la solidarité dans la re-distribution des fonds qui en découlait, qui impliquerait nécessairement une réduction de l'allocation de certains pays afin d'augmenter l'allocation pour d'autres. D'autres facteurs étaient la coopération avec tous les pays; la demande accrue de coopération au niveau sous-régional; la flexibilité dans la réponse ponctuelle à l'évolution des besoins; et l'impact de la taille de la population qui variait largement dans les pays de la Région. L'approche proposée d'allocation des ressources comprenait deux niveaux : le financement de base et le financement variable. La portion de base avait deux composantes : une portion minimum, pour assurer un niveau minimal de coopération pour tous les pays, et une portion basée sur les besoins qui serait induite par les besoins sanitaires et économiques relatifs des pays. La portion variable serait flexible, rendant possible d'augmenter l'allocation aux pays sur une base de court terme, pour leur permettre d'accélérer la réalisation d'une priorité ou d'un objectif collectifs. Tous les pays ne seraient pas éligibles au financement variable, et les critères de leur allocation pourraient changer avec le temps, mais ces critères seraient clairement établis dans chaque proposition de budget-programme biennal (BPB).

50. Monsieur Román Sotela (Chef du Bureau du Budget, OPS) a ensuite fourni d'autres détails sur le modèle conceptuel qui avait été recommandé à la considération du Comité. Ce modèle, qui était décrit à l'Annexe B du document CE134/9, Add. I, comportait cinq éléments.

51. Le premier élément du modèle était une approche à deux niveaux de l'allocation des ressources. Le second était un paramètre de l'aspect fonction des besoins — l'indice des besoins en santé (HNI) — qui assurait l'objectivité dans la détermination du besoin. Il fonctionnait comme un marqueur substitut du degré des besoins en santé, basé sur deux mesures récapitulatives bien connues de la santé et de ses déterminants : l'espérance de vie à la naissance et le revenu national brut par habitant. (L'Annexe B du document montrait la formule statistique utilisée pour en tirer l'indice.) Le troisième élément du modèle était le regroupement des pays en quintiles. Ce regroupement était important parce que, même si l'indice devait servir à mettre les pays dans un ordre relatif basé sur les besoins, il n'était pas nécessairement la meilleure mesure à utiliser pour l'allocation réelle des ressources, en raison d'incohérences dans les statistiques sous-jacentes. Le regroupement des pays en quintiles assurerait que tous les pays dans le même groupe seraient traités de la même façon dans l'application des critères de l'aspect fonction des besoins.

52. Le quatrième élément était la pondération des quintiles, ou la distribution progressive des ressources en base du besoin relatif. L'idée derrière la distribution progressive était de préserver le principe de l'équité : ceux faisant état de besoins plus importants recevraient une part proportionnellement plus grande des ressources totales. Ainsi, chaque groupe successif d'un quintile recevrait une part proportionnellement plus grande de ressources que le groupe qui le précède. L'élément final était le lissage

démographique, qui était un moyen de traiter statistiquement les larges variations de taille de la population entre les pays de la Région. Il assurait que les pays de taille petite et moyenne auraient un accès raisonnable aux fonds basés sur les besoins. Dans le même temps, il assurait que, tous les autres facteurs étant égaux, les pays plus grands recevraient davantage de ressources que les pays plus petits, même si les pays plus petits recevraient davantage par habitant. L'Annexe B montrait les résultats de l'application du modèle, en fonction du niveau de ressources approuvé pour le BPB correspondant à la période 2004-2005, avec une allocation minimum de \$500 000 par pays et une échelle de pondération progressive de 50%, qui signifiait que chaque quintile successif recevait 50% de plus. Les variations dans les allocations indiquées aux Tableaux 3 et 4 étaient imputables aux différences dans la méthode de lissage démographique appliquée (carrés de logarithmes et racine carrée de la population). Comme les Membres s'en rendraient compte, la méthode utilisée produisait parfois des résultats considérablement différents en termes de hausse ou de baisse de l'allocation d'un pays donné. Le Secrétariat demandait l'apport des États Membres sur les bonnes méthodes de pondération progressive et de lissage démographique, basées sur les résultats souhaités des allocations et de l'impact distributionnel sur l'équité.

53. L'Honorable Jerome Walcott (Représentant du Sous-Comité de planification et programmation) a communiqué que le SPP avait exprimé son ferme soutien à la révision de la politique budget-programme régionale pour tenir compte de la plus grande focalisation actuelle—par l'OMS et par l'OPS—sur les programmes et les activités au niveau des pays. Le Sous-Comité avait encouragé le Groupe consultatif à entreprendre la révision pour examiner attentivement la façon dont la politique budget-programme pourrait être utilisée pour améliorer la santé des populations marginalisées dans les pays, notamment les femmes, les enfants, les personnes âgées et les groupes autochtones, et la façon dont le budget pourrait être structuré pour être plus efficace au niveau des pays, en particulier pour les pays ayant les plus grands besoins. Les délégués avaient également souligné que l'augmentation des ressources au niveau des pays devrait s'accompagner d'un strict contrôle de l'utilisation de ces ressources, à travers le suivi, l'évaluation et la redevabilité financière. Le Sous-Comité avait fait plusieurs suggestions pour le travail futur du Groupe consultatif. À l'égard des critères pour l'allocation des fonds, il avait suggéré que l'Indice du développement humain pourrait être un moyen utile de pondération des allocations entre les pays de la Région. Il avait également proposé qu'en plus de l'examen des critères pour l'allocation et l'usage des ressources, le Groupe consultatif devrait envisager des mécanismes et des stratégies possibles pour mobiliser des ressources budgétaires supplémentaires qui permettraient à l'Organisation de répondre aux nouvelles demandes qui lui étaient adressées.

54. Le Comité exécutif a remercié les membres du Groupe consultatif et le personnel du Secrétariat de leur travail ardu à la préparation de la nouvelle politique budget-programme et la conception du modèle proposé. Comme le Sous-Comité, le Comité

exécutif a exprimé son ferme soutien à l'effort pour réviser la méthode d'allocation du budget de l'Organisation de manière à le rendre plus équitable, reconnaissant que cet effort répondait directement à une demande faite par les États Membres eux-mêmes lors du 44^e Conseil directeur. Il a remarqué que le processus de révision en cours dans les Amériques était important non seulement en raison de l'effet qu'il aurait dans la Région, mais aussi parce qu'il pourrait bien influencer la révision de l'OMS des critères d'allocation des ressources de son budget ordinaire aux régions, conformément à la Décision WHA57(10).

55. Le Comité a fait part des difficultés à faire des commentaires sur le document CE134/9, Add. I, du fait qu'il n'était pas disponible avant la session. Alors que les délégués comprenaient les raisons pour le retard, certains d'entre eux notaient qu'ils n'avaient pas eu suffisamment de temps pour obtenir des apports d'autres autorités dans leurs gouvernements respectifs, et qu'ils n'étaient par conséquent pas en position de faire des commentaires substantiels sur la proposition. Le Comité a prié instamment le Secrétariat de circuler la proposition entre tous les États Membres et de demander leurs commentaires bien avant le 45^e Conseil directeur. Il a suggéré qu'il pourrait également être utile de tenir une consultation spéciale pour donner aux pays la possibilité d'obtenir davantage d'information et d'exprimer leurs vues sur la proposition avant le Conseil directeur.

56. Un nombre de questions et de préoccupations spécifiques avaient été soulevées à propos de la politique et du modèle proposés. Le Secrétariat a été prié de fournir l'information sur la formule utilisée pour calculer les allocations pour la politique budget-programme de 1985 et sur la façon dont elle différerait de la nouvelle méthodologie proposée. Concernant l'allocation minimum proposée de 40% aux pays et de 5% au niveau sous-régional, les délégués ont demandé plus d'information sur la façon dont ces niveaux avaient été déterminés et, plus spécifiquement, si le pourcentage plus élevé pour le niveau des pays était appuyé par des données sur la distribution des ressources entre niveaux fonctionnels pour les différents domaines de travail. Les délégués ont également demandé si toutes les sources de financement — incluant les fonds extrabudgétaires et l'augmentation probable des fonds de l'OMS — avaient été considérées dans la formulation de la proposition. En ce qui concernait les cinq quintiles de pays, le Secrétariat a été prié de fournir plus d'information sur la façon dont il était arrivé à ces regroupements particuliers et où il avait fixé les lignes de séparation entre les groupes. De plus, les délégués ont demandé si, dans le mécanisme proposé d'allocation basée sur les besoins, les cinq pays prioritaires identifiés au titre du Plan stratégique recevraient un traitement spécial.

57. Alors qu'un soutien résolu était exprimé pour l'allocation de ressources proportionnellement plus élevées aux pays ayant de plus grands besoins, plusieurs délégués ont exprimé leurs préoccupations sur l'impact possible des réductions qui en

résulteraient dans d'autres pays. Il a été suggéré qu'il conviendrait peut-être d'introduire des facteurs supplémentaires de lissage dans chaque quintile de population pour minimiser les effets des réductions. Les délégués ont demandé au Secrétariat d'indiquer si, dans l'application du modèle, il avait introduit des facteurs de correction qui pourraient également aider à atténuer l'impact des réductions, comme par exemple le facteur de correction de l'inflation ou la prise en compte des contributions des pays au coût du maintien des bureaux de l'OPS dans les pays. Les délégués ont souligné que toute réduction devrait être introduite progressivement afin de donner aux pays le temps de se préparer à l'impact de ces réductions et d'achever tout projet actuellement en cours. Les délégués ont fait remarquer qu'il était également important d'introduire les augmentations de financement progressivement, car certains pays bénéficiaires pourraient ne pas avoir la capacité d'absorber une grosse augmentation d'un seul coup. À cet égard, ils ont souligné le besoin d'un suivi et d'une évaluation détaillés de l'usage des ressources au niveau des pays.

58. Plusieurs suggestions faites à la 38^e session du SPP en mars ont été réitérées, notamment que le Secrétariat devrait préparer un tableau composé montrant comment la politique budget-programme était alignée sur les Objectifs de développement pour le Millénaire, les objectifs du Sommet des Amériques et le Plan stratégique de l'OPS correspondant à la période 2003-2007, et que le Secrétariat devrait préparer une présentation sur l'expérience concernant la modalité de travail de la coopération technique entre pays (CTP) dans la Région sur les 20 années précédentes.

59. Le Dr Sealey a remercié le Comité de ses commentaires qui ont donné de bons éclaircissements dans les domaines de la proposition qui avaient encore besoin de travail supplémentaire ou de clarification. Elle a estimé qu'il était réconfortant de savoir que les délégués appréciaient tout le travail investi dans la proposition et qu'ils semblaient être généralement d'avis que le Secrétariat allait dans la bonne direction. Elle a indiqué que le Secrétariat examinerait très attentivement les suggestions du Comité—par exemple, celle concernant l'utilisation de facteurs de lissage additionnels dans les groupes de pays—dans l'optique de préciser davantage la proposition avant le Conseil directeur. Le Secrétariat prendrait également des mesures pour produire le tableau composé montrant l'alignement de la politique budget-programme sur les divers objectifs et mandats régionaux et mondiaux. Eu égard à la suggestion d'un rapport sur la CTP, elle a noté qu'un document sur le sujet était également en cours de préparation et qu'il serait présenté au SPP en 2005.

60. Répondant aux questions concernant les pourcentages à allouer aux pays et au niveau sous-régional, elle a indiqué que ces proportions étaient appuyées par l'expérience du passé et également par la tendance globale au sein de l'OMS de rapprocher le travail des pays. Le Secrétariat entreprendrait l'analyse des budgets pour les périodes biennales actuelles et antérieures afin d'apporter d'autres informations sur les pourcentages alloués dans le passé aux divers niveaux fonctionnels; toutefois, il était connu que le pourcentage

destiné actuellement au niveau des pays dépassait les 35% minimums établis dans le cadre de la politique budget-programme antérieure, mais n'avait pas encore atteint le niveau de 40%. Il était également reconnu que les États Membres demandaient que davantage soit fait directement au niveau des pays. La prise en compte des contributions directes des pays pour les opérations des bureaux PWR était une variable qui n'avait pas encore été saisie dans l'équation. En fait, le Groupe consultatif avait estimé que l'un des avantages du modèle était qu'il permettrait une plus grande flexibilité pour repenser—bilatéralement, entre l'OPS et les pays individuels—la présence dans les pays et les modalités au niveau des pays après que les nouveaux plafonds aient été établis.

61. À l'égard des pays clés, une des choses que le Secrétariat avait cherché dans le modèle était d'assurer qu'ils tombaient dans le groupe ayant le plus de besoins et que par conséquent ils étaient traités très favorablement dans l'allocation des ressources entre pays. Même si, dépendant de la méthode statistique utilisée, un ou deux des pays clés pouvait parfois connaître une petite baisse de financement, la disponibilité des fonds variables dans le système à deux niveaux ferait qu'il serait possible de garantir qu'en fait, il n'y aurait pas de réduction pour aucun des pays clés.

62. Concernant la formule utilisée pour l'allocation des ressources aux pays dans le cadre de la politique adoptée en 1985, la portion en fonction des besoins de l'allocation des pays a été calculée sur la base de trois indicateurs : mortalité infantile, démographie et disponibilité des ressources en santé mesurée par le nombre de médecins par population. Dans la nouvelle formule, l'espérance de vie à la naissance a été choisie en partie parce qu'elle était un indicateur récapitulatif qui tenait compte de tous les différents facteurs qui contribuaient à la morbidité et la mortalité, dont la mortalité infantile.

63. Quant à la question de savoir si d'autres sources de financement avaient été considérées dans la proposition, elles l'avaient été. L'une des choses que le Secrétariat avait essayé de faire apparaître clairement, était que la politique guiderait la budgétisation de tous les fonds, dont les fonds extrabudgétaires ainsi que les fonds du budget ordinaire. La possibilité d'une augmentation de l'allocation de l'OMS à la Région avait également été prise en compte, mais il avait été impossible de considérer des chiffres spécifiques du fait qu'on ne savait pas quand la redistribution aurait lieu ni la quantité que les Amériques recevraient.

64. Elle souhaitait qu'il soit très clair que le Secrétariat avait reconnu dès le tout début que les types de redistribution envisagés devraient être échelonnés. Il n'était pas prévu que les changements proposés dans les allocations soient exécutés en une seule fois, ils seraient au contraire introduits progressivement sur deux ou trois périodes biennales. Cet échelonnement assurerait que tous les engagements pour les projets en cours seraient respectés. Le Secrétariat recommandait également que la politique soit revue tous les six

ans (c'est-à-dire toutes les trois périodes biennales) pour assurer qu'elle restait pertinente et qu'elle réagissait aux besoins changeants.

65. Elle a assuré le Comité que le Secrétariat avait l'intention d'utiliser autant de voies qu'il était possible pour obtenir les réactions, par écrit, des États Membres avant la réunion du Conseil directeur. L'une des premières voies serait de donner des instructions aux PWR pour qu'ils encouragent les pays à examiner la proposition et y répondre. Il n'était pas proposé de tenir des réunions de consultation supplémentaires, mais le Secrétariat était évidemment ouvert aux souhaits des États Membres. En tout état de cause, elle et le reste du personnel du Secrétariat impliqués dans le développement de la proposition seraient heureux de s'entretenir avec les autorités des États Membres individuels à tout moment pour répondre à leurs questions ou leurs préoccupations.

66. En répondant à la question sur le regroupement des pays, Monsieur Sotela a indiqué que divers nombres de groupes avaient été modélisés, allant de trois à douze. Le Secrétariat s'était décidé pour cinq groupes, ou quintiles, parce qu'il semblait qu'il s'agissait d'un chiffre qui offrait une distinction claire de cinq différents niveaux de besoins. Il était important d'éviter de diviser les pays en un trop grand nombre de groupes, parce que le résultat serait proche du recours à l'indicateur réel, ce que précisément le regroupement des pays en quintiles avait l'intention d'éviter. Un trop petit nombre de groupes d'autre part, ne donnerait pas une séparation suffisamment claire des pays par besoins.

67. Concernant le facteur de correction pour l'inflation, les résultats montrés à titre indicatif dans l'Annexe B du document CE134/9, Add. I, étaient basés sur les plafonds du budget approuvé correspondant à la période 2004-2005. Du fait qu'une série seulement de chiffres avait été utilisée en exemple, aucun facteur d'inflation n'avait été incorporé. Les facteurs d'inflation avaient été incorporés toutefois lorsque les propositions pour les augmentations des coûts dans les BPB étaient développées. Le Secrétariat a examiné l'inflation et la dévaluation pour tous les pays afin d'évaluer leur impact sur le budget dollarisé, bien que dans la majorité des cas, l'inflation et la dévaluation s'annulaient l'une l'autre. La majorité des augmentations de coûts dans le budget de l'OPS étaient imputables à l'inflation à Washington, D.C., où il n'y avait pas de facteur de dévaluation par rapport au dollar.

68. La Directrice a remercié les pays qui avaient apporté leur expertise au Groupe consultatif. Elle a estimé que le processus de révision de la politique budget-programme était un excellent exemple de collaboration professionnelle entre le Secrétariat et les États Membres, qui avait mis au jour un produit concret en très peu de temps et à un coût réel très modeste pour l'Organisation. Des exercices similaires réalisés par d'autres organisations internationales ont coûté des centaines de milliers de dollars. En outre, le processus avait produit une politique et un modèle qui faisaient ce que les États Membres

avaient réclamé énergiquement au 44^e Conseil directeur : distribuer les ressources de l'Organisation d'une manière plus équitable et en fonction des besoins. À son opinion, la proposition était une bonne nouvelle pour toutes les personnes concernées.

69. La redistribution se traduirait évidemment par des augmentations des montants alloués à certains pays et des réductions des allocations à d'autres, mais il fallait examiner ces changements à la lumière de plusieurs facteurs. Les fonds du budget ordinaire indiqués dans les tableaux du document incluaient des fonds de positions et des fonds hors positions. Si une position dans un pays était éliminée ou convertie d'une position des Nations Unies à une position locale, alors le montant des ressources disponibles à des fins opérationnelles dans ce pays augmenterait considérablement, même si l'allocation totale ne changeait pas. De même, si une position était déplacée du Siège à un pays ou de l'un des Centres au niveau du pays, le pays tirerait des avantages de la présence de ces experts, mais, ici encore, son allocation réelle ne changerait pas. Par conséquent, l'allocation des fonds ordinaires n'était pas une réflexion intégrale du montant de coopération technique fournie.

70. Il fallait garder à l'esprit que, outre les fonds du budget ordinaire, les pays recevaient des fonds pour les projets. De plus, l'Organisation réussissait parfois à mobiliser des montants importants de ressources pour les pays provenant de bailleurs de fonds, de fondations, de banques de développement et d'autres sources telles que le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme. Par conséquent, le montant qu'un pays particulier recevait réellement de l'Organisation pouvait être plusieurs fois plus élevé que son allocation budgétaire ordinaire.

71. Un autre facteur à considérer, comme l'avait fait remarquer le Comité, était la contribution que faisaient les États Membres eux-mêmes pour maintenir la présence de l'OPS au niveau des pays. La contribution de certains pays était substantielle, que ce soit au moyen de la fourniture d'installations matérielles, de personnel ou du paiement des coûts réels, alors que celle d'autres pays ne l'était pas. Dans le cadre du modèle actuellement en place, les pays les plus pauvres et les plus petits avaient historiquement contribué proportionnellement davantage au soutien du travail de l'Organisation au niveau des pays. Le nouveau modèle ouvrirait la voie à un arrangement plus équitable.

72. Enfin, comme le Comité l'avait également noté pour la période correspondant à 2006-2007, le montant disponible de l'OMS pour les pays devait augmenter, conformément à la décision du Directeur général de consacrer une plus grande proportion des fonds de l'OMS aux régions et aux pays. Ces fonds devraient également aider à atténuer toute réduction prévue en comparaison d'autres niveaux.

73. La Directrice a estimé qu'il était important de mettre en place la nouvelle politique budget-programme dès que possible de sorte qu'elle pourrait être appliquée en formulant

une proposition de budget correspondant à la période biennale 2006-2007 qui répondrait à l'appel du 44^e Conseil directeur pour une distribution plus équitable des ressources. Elle encourageait par conséquent le Comité à recommander au 45^e Conseil directeur qu'il adopte la politique.

74. Au cours de la discussion de la résolution proposée sur ce point, certains délégués ont exprimé l'opinion qu'il était prématuré de recommander une résolution au Conseil directeur parce que les Membres avaient eu très peu de temps pour examiner la proposition. D'autres délégués toutefois, ont estimé qu'il était important d'aller dans le sens de l'adoption d'une politique budget-programme en septembre 2004, de sorte que la nouvelle politique budget-programme pourrait guider la formulation du BPB correspondant à la période biennale 2006-2007. Après d'autres discussions et au vu des assurances du Secrétariat que des commentaires écrits sur la politique seraient demandés aux États Membres et seraient disséminés auprès de ces mêmes États Membres, et que des révisions et ajustements sur la base des apports additionnels seraient incorporés dans la soumission finale au Conseil directeur, le Comité a adopté la résolution CE134.10.

Objectifs de développement pour le Millénaire et cibles sanitaires (document CE134/10)

75. Le Dr Ilona Kickbusch (Conseillère principale pour les Objectifs de développement pour le Millénaire et cibles sanitaires, OPS) a décrit les principaux éléments de l'approche de l'OPS pour aider les États Membres à réaliser les Objectifs de développement pour le Millénaire (ODM). Elle a commencé en notant que l'incorporation des objectifs dans le travail de l'OPS avait progressé de façon très proactive depuis son rapport au SPP en mars. C'est ce qui expliquait la présence dans la salle d'un si grand nombre de personnel de l'OPS venant de tant de domaines programmatiques différents. Ils étaient tous anxieux d'entendre les commentaires du Comité et de continuer à recevoir des orientations sur la façon dont l'OPS pouvait aider au mieux les pays en travaillant à la réalisation de ces objectifs.

76. Elle a ensuite expliqué les huit objectifs connus sous le nom d'Objectifs de développement pour le Millénaire faisant suite à la Déclaration du Millénaire des Nations Unies, adoptée en 2000. Ces objectifs et leurs cibles et indicateurs correspondants étaient cités dans le document CE134/10. Le document portait en particulier sur l'objectif relatif au partenariat mondial et, plus spécifiquement, sur le partenariat dans la Région et sur la façon dont les pays se soutenaient mutuellement dans leur travail visant à réaliser les objectifs. Le document soulignait également avec insistance le besoin d'un véritable effort intersectoriel dans l'ensemble de la Région. Il y avait un engagement politique fort envers les objectifs dans la Région, comme l'avaient montré la Déclaration de Brasilia et l'effort pour relier les objectifs au processus du Sommet des Amériques. Presque tous les pays de la Région avaient maintenant créé une entité politique de haut niveau pour assurer le suivi

des ODM. Néanmoins, le type d'approche intersectorielle véritablement engagée requise pour réaliser les objectifs n'existait pas encore dans de nombreux pays.

77. Alors que les ODM avaient donné à la santé une beaucoup plus grande visibilité et une priorité plus élevée dans l'agenda du développement global, les progrès sur la voie des objectifs liés à la santé, en particulier dans les pays prioritaires de l'OPS, avaient été trop lents, et même les pays qui pourraient atteindre les moyennes des ODM d'ici l'échéance de 2015, ne les atteindraient pas au sein de leurs populations les plus vulnérables. C'était pourquoi, comme la Directrice l'avait répété si souvent, le défi primordial des ODM pour les Amériques était de venir à bout des inégalités dans la Région. L'OPS voyait les ODM comme un point d'entrée pour aborder les inégalités entre groupes de population et aller de l'avant pour les réduire considérablement.

78. L'approche que préconisait l'Organisation pour les ODM liés à la santé était de les considérer non comme une initiative séparée mais comme un ensemble indivisible, dont la réalisation signifiait de traiter toutes les myriades de déterminants de la santé, notamment les déterminants sociaux et environnementaux, mais aussi les nouveaux déterminants mondiaux. L'approche de l'OPS vis-à-vis des ODM était une approche qui mettait l'accent sur la synergie entre la santé et le développement global, la réduction de la pauvreté, et l'amélioration de la qualité de la vie. Elle se fondait sur quatre principes : 1) appartenance des ODM aux pays, 2) gouvernance redevable et développement ciblé, 3) coûts d'investissement pour atteindre les groupes de population les plus pauvres, et 4) politique et non charité. Le document offrait une information supplémentaire sur l'approche et sur les huit objectifs stratégiques pour le travail de l'OPS dans l'assistance aux pays.

79. Certaines des étapes suivantes dans le travail de l'Organisation sur les ODM comporteraient la participation à de futures réunions sur les interactions entre les ODM et la recherche et entre les ODM et les soins de santé primaires, le soutien à une réunion des ministres de la santé sur les ODM précédant immédiatement le prochain Sommet des Amériques, et l'incorporation d'une focalisation plus forte sur les ODM dans l'Agenda commun avec la Banque mondiale et la BID. De plus, il était évident que le processus d'incorporation des objectifs dans tous les domaines de travail au sein de l'OPS se poursuivrait. À cet égard, elle a noté que le Secrétariat s'attaquait à l'enjeu soulevé par le SPP, de déterminer combien d'argent l'OPS investissait, directement et indirectement dans les ODM. Elle a conclu en soulignant que pour l'OPS, la réalisation des ODM était véritablement une coentreprise entre l'Organisation et ses États Membres, ses autres partenaires internationaux, la communauté des ONG et la communauté académique.

80. Le Dr Carlos Vizzotti (Argentine, Vice-président du Sous-Comité de planification et programmation) a dit que le Sous-Comité félicitait l'OPS pour son engagement à aider tous les pays de la Région à réaliser les objectifs et les cibles établis dans la Déclaration du

Millénaire et a exprimé le soutien général pour les approches de coopération technique et les activités décrites dans le document présenté au Sous-Comité. Un soutien particulier a été exprimé pour les efforts de l'OPS consistant à intégrer son travail lié aux ODM dans les programmes et activités existants et pour l'accent mis au niveau des pays. Les délégués ont souligné le besoin d'un engagement soutenu sur le temps et le besoin d'incorporer les objectifs comme partie intégrante des cadres des politiques nationales plutôt que de les approcher comme des initiatives distinctes et séparées. Le Sous-Comité a également estimé qu'il était important de lier le travail sur les ODM avec le travail sur diverses autres initiatives de santé et de développement mondiales et régionales, telles que le Plan d'action pour le Sommet des Amériques.

81. Le Sous-Comité a estimé que l'affectation et la mobilisation des ressources était critique pour que les pays réussissent à réaliser les objectifs, et il a suggéré que l'OPS pourrait assister les pays en les aidant à calculer combien il faudrait investir sur les 10 à 15 prochaines années. Le Sous-Comité a suggéré qu'un autre moyen par lequel l'OPS pourrait appuyer les pays consisterait à les aider à programmer leur aide existante de façon plus efficace et plus rentable, et à harmoniser et intégrer les efforts de tous les partenaires de la coopération internationale. La coopération de pays à pays a également été considérée comme une stratégie clé pour mobiliser les ressources techniques et financières nécessaires, et l'OPS a été encouragée à continuer à aider les pays à forger ces partenariats bilatéraux. Enfin, le Sous-Comité a mis l'accent sur le besoin de suivi permanent pour suivre les progrès sur la voie des ODM.

82. Le Comité exécutif a également salué les efforts de l'OPS pour aider les pays à réaliser les ODM, mais il a fait remarquer que les ODM ne comprenaient pas l'ensemble de l'agenda en santé dans les pays de la Région. Les Membres ont exprimé leur soutien à diverses des stratégies et approches mentionnées dans le document, en particulier l'emphase sur l'équité et sur l'assurance que les objectifs seraient réalisés pour tous les groupes de population. Il a remarqué que différentes approches seraient requises dans les pays pour répondre aux besoins spécifiques de différents groupes et que, souvent, certains groupes dans un pays avaient plus en commun avec des groupes similaires dans un pays voisin qu'ils ne l'avaient avec le reste de la population dans leur propre pays. C'était vrai, par exemple, pour les groupes autochtones et les populations vivant le long des frontières nationales. Pour cette raison, il faudrait rechercher toutes les opportunités de collaboration entre les pays qui faisaient face aux mêmes défis, en particulier au niveau sous-régional.

83. L'alignement du travail de l'OPS sur les ODM avec d'autres initiatives, telles que les Sommets des Amériques a été applaudi, ainsi que la proposition de l'Organisation d'utiliser les cadres de planification et de politique existants tels que les Documents de Stratégie de réduction de la pauvreté. Il a suggéré qu'un rôle particulièrement important pour l'OPS serait d'assister les pays individuels à identifier des indicateurs spécifiques pour leur permettre de suivre les progrès sur la voie des ODM sur les court, moyen et long

termes et d'attirer l'attention sur des domaines dans lesquels davantage d'efforts étaient requis pour réaliser les objectifs. Il a suggéré en outre que l'équipe technique de l'Organisation pourrait apporter une contribution appréciable en aidant les ministères de la santé à orienter leur planification et leur budgétisation plus efficacement sur la voie de la réalisation des objectifs.

84. Les délégués ont fait un nombre de suggestions tant pour renforcer l'approche de l'OPS que pour améliorer le document. Faisant allusion aux priorités stratégiques pour l'OPS citées au paragraphe 35 du document, la Déléguée du Costa Rica, a suggéré d'ajouter « individuelle et collective » à la priorité stratégique qui dit « protéger la santé comme un bien public et un droit de l'homme ». Autrement, il pourrait sembler que la préoccupation ne concernait que la santé des individus, et non la santé prise dans sa dimension collective. Le Délégué du Canada a souligné l'importance de faire ressortir dans la stratégie des ODM de l'Organisation, le rôle clé de la santé sexuelle et reproductive dans l'obtention d'un nombre des cibles. Il a également suggéré que l'OPS développe un calendrier d'exécution pour son travail des ODM, indiquant les principaux jalons et les principales échéances pour les activités. Le Délégué du Mexique a proposé des changements et des additions spécifiques aux paragraphes 11, 12, 33 et 38 et a indiqué que sa délégation soumettrait des commentaires additionnels par écrit. Il a suggéré en particulier que le Secrétariat examine attentivement le paragraphe 12 pour assurer qu'il ne donnait pas l'impression que c'était l'OPS qui mènerait le processus de forger des partenariats et des alliances stratégiques au niveau des pays. La fonction de l'OPS devait être d'appuyer les ministères de la santé dans ce processus et de renforcer leur capacité à forger ces alliances en réponse aux besoins identifiés par les pays eux-mêmes.

85. La Déléguée des États-Unis a indiqué qu'elle aussi soumettrait des commentaires par écrit, et que sa délégation espérait qu'ils seraient pris en compte par le Secrétariat dans la révision du document avant le Conseil directeur. Les États-Unis appréciaient les changements qui avaient été apportés au document depuis sa présentation au SPP, mais ils étaient déçus et préoccupés du fait que certains des points soulevés lors de la session du Sous-Comité en mars n'avaient pas été pris en compte. En particulier, sa délégation réitérait sa suggestion de définir plus clairement les approches que l'OPS utiliserait pour assister les pays à adapter les objectifs et cibles généralement définis à des actions programmatiques spécifiques avec des résultats mesurables. Dans le paragraphe 52 par exemple, il était très difficile de voir comment il serait possible de mesurer si les activités citées avaient réellement un impact dans les pays.

86. Les États-Unis étaient également préoccupés par la focalisation appuyée du document sur l'Objectif 8, en particulier du fait que les cibles et les indicateurs identifiés pour cet objectif n'avaient jamais été approuvés formellement par les États Membres. Sa délégation estimait que trop d'emphase était mise sur cet objectif, au détriment d'autres objectifs qui cadraient davantage avec le mandat de l'OPS en sa fonction d'agence

technique. L'Organisation ne disposait probablement pas des compétences requises pour entreprendre une analyse systématique des déterminants contextuels plus grands de la santé identifiés dans le document, et elle n'avait pas le mandat pour entamer des discussions de politique sur les questions politiques ou économiques telles que celles mentionnées aux paragraphes 20 et 21. L'OPS devrait plutôt se concentrer sur son mandat technique, en particulier en aidant les pays à renforcer la capacité nécessaire pour utiliser les données plus efficacement pour le développement des politiques, le suivi et l'évaluation des programmes et pour le renforcement des systèmes de santé et des approches de santé publique. Concernant la section du document qui discutait de la mobilisation des ressources et du besoin de l'accroissement de l'assistance officielle au développement (ODA), elle a indiqué que les États-Unis étaient fermement engagés à fournir une assistance bilatérale aux pays de la Région, comme le montrait l'inclusion de trois des pays prioritaires de l'OPS sur la liste des pays éligibles à recevoir une aide directe flexible par l'intermédiaire de la *Millennium Challenge Corporation* de son gouvernement. Toutefois, elle estimait que les efforts de l'OPS, en tant qu'agence technique, devraient porter sur l'aide au secteur de la santé pour qu'il fasse un usage plus efficace et plus rentable de son affectation des ressources.

87. Enfin, les États-Unis ont renouvelé leur objection à l'emploi du terme « Objectifs de développement pour le Millénaire » et à l'implication dans le document que les ODM avaient été approuvés par les États Membres. Ce qui avait été formellement négocié et approuvé par les chefs d'État était la Déclaration du Millénaire des Nations Unies, adoptée en l'an 2000. Ensuite, les Nations Unies, la Banque mondiale, l'OCDE et le FMI avaient développé ce qu'ils avaient appelé une feuille de route en vue de l'exécution de la Déclaration. La feuille de route établissait les cibles et les indicateurs pour les objectifs inclus dans la Déclaration, et c'était cette série d'objectifs, de cibles et d'indicateurs qui avaient été appelés de manière informelle les « Objectifs de développement pour le Millénaire ». Néanmoins, les cibles et les indicateurs n'avaient jamais été formellement approuvés par les États Membres. Pour cette raison, sa délégation estimait catégoriquement que toute résolution qui était adoptée en la matière devrait faire référence non aux Objectifs de développement pour le Millénaire, mais—en conformité avec la résolution WHA55.19, adoptée par les États Membres de l'OMS en 2002—aux objectifs de développement de la Déclaration du Millénaire des Nations Unies.

88. Le Délégué de la Barbade, soutenu par le Délégué de la Dominique, a indiqué qu'il était difficile de voir comment l'Organisation pourrait éviter d'être préoccupée par les enjeux de l'Objectif 8, étant donné la connexion entre le développement du secteur de la santé et le développement national, et entre investissement en santé et développement macroéconomique. Tous ces éléments à leur tour étaient influencés par l'environnement économique mondial et par les enjeux jumeaux de la mondialisation et de la libéralisation des échanges. Alors que la mondialisation avait apporté un nombre énorme d'avantages, elle avait également eu des impacts négatifs et les économies ouvertes plus petites et plus

vulnérables telles que celles de la partie orientale des Caraïbes, étaient celles qui avaient souffert le plus. La déstabilisation qui avait suivi d'importants secteurs de leurs économies avait compromis leur capacité à investir dans la santé et l'éducation, deux des principes fondamentaux des Objectifs de développement pour le Millénaire. À son opinion par conséquent, la réalisation des Objectifs de développement pour le Millénaire devait être une initiative collective de la courtoisie internationale, comme le préconisait l'Objectif 8. Elle ne pouvait être qu'une responsabilité bilatérale seulement, toutes les nations devaient intervenir, comme l'avaient fait Fortune 500 et d'autres grosses compagnies dans le monde entier. Si la discussion devait se restreindre à la coopération bilatérale, de nombreuses opportunités de promouvoir le développement de la santé au niveau international seraient alors perdues.

89. En ce qui concernait les objections formulées par les États-Unis à propos de l'expression « Objectifs de développement pour le Millénaire », même s'il était certainement vrai que les objectifs avaient trouvé leur origine dans la Déclaration du Millénaire des Nations Unies, le terme « Objectifs de développement pour le Millénaire » était maintenant largement employé et communément compris. Les ODM avaient été affirmés à la conférence de Monterrey et réaffirmés dans la Déclaration de Brasilia, et le terme avait été employé à maintes reprises au cours de la présente session du Comité exécutif. De plus, la série d'objectifs connus sous le nom d'ODM n'avait rien introduit par rapport à ce qui était déjà compris à l'origine dans la Déclaration du Millénaire des Nations Unies. Tous les objectifs et les cibles inclus dans les ODM étaient également dans la Déclaration, dont l'objectif 8. Cet objectif et ses cibles apparentées avaient été identifiés dans les paragraphes 13, 15, 16, 18 et 20 de la Déclaration. Il ne voyait par conséquent aucun besoin d'éviter l'utilisation de ce terme ou de changer le libellé de la résolution proposée.

90. Les Délégués de l'Argentine, du Costa Rica, du Paraguay et de la République dominicaine ont approuvé le point de vue exprimé par le Délégué de la Barbade concernant l'usage du terme « Objectifs de développement pour le Millénaire » et le libellé de la résolution proposée.

91. Le Délégué de l'Argentine a indiqué que les ODM avaient été discutés à une réunion des ministres de la santé d'Amérique du Sud qui s'était tenue dans son pays la semaine antérieure. Les participants avaient convenu que les objectifs devraient peut-être être adaptés à la réalité de chaque région et avaient suggéré d'établir une échelle spécifique des problèmes avec des objectifs et des résultats intermédiaires. Ils avaient également souligné le besoin d'une action intersectorielle et multidisciplinaire et avaient convenu de l'importance d'accroître la coopération avec d'autres partenaires, en particulier les pays développés. Étant donné l'importance que revêtaient les ODM, il avait été décidé de poursuivre la discussion lors d'une réunion de ministres de la santé et de l'environnement qui se tiendrait en juin 2005 à Mar del Plata en Argentine. Cette réunion

poursuivrait le travail initié à la réunion des Ministres de la Santé et de l'Environnement des Amériques (HEMA) qui s'était tenue à Ottawa en 2002 et qui servirait d'apport au prochain Sommet des Amériques, qui se déroulerait également en Argentine en 2005.

92. Les Représentants de la BID et de l'Association interaméricaine des ingénieurs sanitaires et environnementaux (AIDIS) ont félicité l'OPS de ses efforts pour assister les pays à réaliser les ODM et ont offert l'appui de leurs organisations à ces efforts. Le Représentant de la BID a réitéré la disposition de la Banque à travailler avec l'OPS et les pays par le biais de l'Agenda commun. Le Représentant de l'AIDIS, notant que le développement des ressources humaines serait crucial pour atteindre les ODM, a offert à l'OPS et aux États Membres l'appui de son organisation à ces fins et également pour l'exécution d'autres programmes et activités qui contribueraient à la réalisation des objectifs.

93. Le Dr Kickbusch a assuré le Comité que ses commentaires seraient pris en compte, à la fois dans la révision du document et dans le perfectionnement de l'approche de l'Organisation de sa coopération technique et de son travail avec les partenaires dans des initiatives telles que l'Agenda commun. Soulignant que l'OPS croyait fortement à l'appartenance des ODM par les pays, elle a indiqué que le Secrétariat examinerait avec beaucoup d'attention la préoccupation soulevée par le Mexique sur le paragraphe 12 du document. Elle estimait que le Comité exécutif avait soulevé un point très important, un point que le Secrétariat s'était efforcé de mettre en évidence dans le document, à savoir que les ODM n'étaient pas quelque chose à part, mais qu'ils s'inscrivaient dans un agenda plus vaste de la santé, et à ce titre, ils constituaient une expression de l'engagement à une gouvernance redevable en santé. Il était clair que les pays se trouvaient à des niveaux différents de progrès en santé, et pour certains pays, les ODM étaient une bonne première étape sur la voie de la redevabilité, une étape qui leur permettrait d'élargir la notion d'objectifs et de cibles de santé à d'autres problèmes qui étaient au centre de leurs respectifs programmes nationaux de santé.

94. Elle a fait remarquer qu'un aspect très important des ODM était qu'ils étaient plus qu'une simple série d'objectifs : ils faisaient partie d'une conversation mondiale sur les nouveaux modes de coopération technique et de redevabilité conjointe en vue du progrès. Une petite partie de cette conversation mondiale venait de prendre place au sein du Comité exécutif. Elle pensait que si l'OPS pouvait faciliter ce dialogue, elle apportait alors une contribution appréciable à un engagement politique plus fort envers la réalisation des objectifs. Néanmoins, il était vrai que le caractère unique de l'OPS venait de la contribution technique très spécifique qu'elle pouvait apporter, et elle espérait que cette idée ressortait bien du document. Il n'avait pas été possible dans un document stratégique général de partager avec le Comité tout ce que faisait l'OPS en matière de coopération technique sur les ODM, mais le Secrétariat espérait qu'à l'époque du 45^e Conseil directeur, il aurait une brochure décrivant les nombreux moyens par lesquels les

différentes parties de l'organisation avaient fait des ODM une partie intégrante de leur travail.

95. Le Dr Daniel Lopez Acuña (Directeur de la Gestion de Programme), parlant à la demande de la Directrice, a mis à jour brièvement le Comité sur des aspects du travail entrepris sur les ODM avec la Banque mondiale et d'autres partenaires dans le cadre de l'Agenda commun et d'autres initiatives. Il a fait part, entre autres, des résultats des diverses réunions du Forum de haut niveau sur les ODM liés à la santé, co-parrainées par l'OMS et la Banque mondiale et il a noté que ces réunions avaient jeté les bases d'un dialogue créatif et utile sur les ODM entre les États Membres et les agences de coopération technique et financière. Il a indiqué que des informations supplémentaires devraient être fournies lors de la séance d'information spéciale sur l'Agenda commun et autres questions internationales qui se tiendrait pendant la semaine de la 38^e session du Comité.

96. La Directrice a souligné à nouveau qu'une idée maîtresse du travail de l'OPS sur les ODM avait été et restait d'attirer l'attention sur le fait que les Amériques étaient encore la région la plus inéquitable au monde et que les ODM, contrairement à la perception qui avait prévalu dans certains milieux, étaient applicables à la Région. Il ne faisait pas de doute que les ODM ne constituaient qu'une partie de l'agenda de la santé inachevé plus général, mais une caractéristique commune de tous les points de cet agenda faisait qu'ils affectaient certains groupes et communautés d'une manière disproportionnée et inéquitable. Les ODM offraient une opportunité de mettre en relief et de porter remède à certaines des inégalités qui existaient entre groupes de population dans la Région, et de faire par conséquent des progrès importants en s'attaquant à l'agenda inachevé et en réalisant une équité plus grande. Un autre aspect marquant du travail de l'OPS était d'impliquer les groupes vulnérables eux-mêmes dans le processus des ODM, d'où l'accent mis sur les stratégies de communication et de plaidoyer.

97. En ce qui concernait l'objectif 8, la préoccupation principale de l'OPS était d'augmenter le flux des ressources pour le développement de la santé. Le travail de l'Organisation dans le domaine des comptes nationaux de la santé et de l'analyse du financement du secteur de la santé avait montré qu'une autre caractéristique de la Région était la proportion relativement petite des budgets nationaux et des dépenses nationales totales consacrés au secteur social en général et au secteur de la santé en particulier. Mais les discussions sur la façon d'accroître les ressources pour la santé avaient conduit inévitablement aux discussions sur des questions ayant trait à une plus grande solidarité et une plus grande justice dans les flux financiers entre pays.

98. Comme le soulignait le document, l'Organisation considérait qu'il était important de tirer un parti maximum des opportunités offertes par les processus sous-régionaux et régionaux pour renforcer l'engagement politique aux ODM. Plusieurs de ces opportunités

avaient vu le jour récemment dans le cadre du système interaméricain, dont la Réunion de haut niveau sur la pauvreté, l'équité et l'exclusion sociale, qui s'était tenue au Venezuela en octobre 2003, et le Sommet spécial des Amériques, tenu au Mexique en janvier 2004. L'adoption de la charte sociale proposée, suivant le modèle de la Charte démocratique interaméricaine adoptée en 2001, apporterait un élan politique ultérieur au processus des ODM. Également au niveau sous-régional, les ODM avaient maintenant été incorporés dans les agendas des divers groupements sous-régionaux, qui avaient demandé l'appui de l'OPS à cette fin. Donc, du point de vue de l'intensification de la sensibilisation politique et du soutien aux ODM dans la Région, des progrès substantiels avaient été accomplis. Il restait à espérer que ces éléments seraient suffisants pour permettre aux Amériques de se débarrasser finalement de l'étiquette de « région la plus inéquitable au monde », en particulier du fait que l'échec à réduire les écarts d'équité entre groupes de population était probablement l'une des raisons les plus importantes pour laquelle la Région n'avait pas été en mesure de réaliser davantage de progrès au niveau de la gouvernance démocratique ni d'atteindre une croissance économique durable.

99. À la suite d'une discussion et révision prolongées de la résolution proposée sur ce point, le Comité a adopté la résolution CE134.R8, appelée « Contribution de l'OPS aux objectifs de développement de la Déclaration du Millénaire des Nations Unies ».

Observatoire des ressources humaines en santé (document CE134/11)

100. La présentation de ce point a été faite par le Dr Charles Godue (Chef de l'Unité du développement des ressources humaines, OPS), qui a noté que les réformes du secteur de la santé entreprises dans les années 1990 avaient considérablement élargi l'agenda des défis, des thèmes et des problèmes liés au développement des ressources humaines. La focalisation était passée à de nouveaux processus ou à des processus avec une nouvelle emphase, englobant des thèmes tels que la performance, les compétences de l'environnement du travail, la qualité des ressources humaines, la gestion des ressources humaines, les motivations, les conditions de travail et les préoccupations sur l'impact du processus de réforme lui-même sur les conditions de travail. De plus, il s'était produit un changement à la fois dans les agences de coopération pour le développement international et dans les gouvernements nationaux dans le sens d'une reconnaissance de l'importance croissante des ressources humaines en tant que dimension essentielle et stratégique dans la création de politiques viables en matière de santé, de services de santé et de systèmes de santé. La planification des ressources humaines était par conséquent passée d'une question purement administrative à un élément stratégique essentiel de la fonction de direction des autorités de la santé.

101. Suite aux réformes des années 1990, l'approche du thème des ressources humaines était devenue plus démocratique, plus transparente et participative, changement auquel avait contribué l'initiative de l'Observatoire. Elle était devenue un processus qui

reconnaissait la légitimité des intérêts des parties concernées dans un contexte aussi complexe que les politiques des ressources humaines, et reconnaissait également que la participation des ressources humaines elles-mêmes était essentielle pour assurer la viabilité de ces politiques. Les ressources humaines n'étaient plus considérées comme un simple instrument servant à l'exécution des politiques de la santé, mais comme un agent actif du changement ou, lorsque les principes de démocratie participative n'étaient pas respectés, comme un agent actif de la résistance à la mise en œuvre de certaines politiques.

102. Comme pour les autres aspects de la santé publique, il existait un agenda inachevé dans le domaine des ressources humaines, comme l'avait montré la persistance dans de nombreux pays de la Région non seulement de pénuries aiguës de personnel de santé, mais aussi de déséquilibres profonds dans la distribution et la composition des travailleurs en santé. C'était pour répondre à cet agenda inachevé que l'OPS avait lancé en 1999 l'initiative de l'Observatoire des ressources humaines en santé. Neuf pays avaient adhéré à l'initiative au départ. Aujourd'hui, ce nombre se porte à 21..

103. Le concept de l'Observatoire était un concept simple à énoncer mais difficile à mettre en œuvre. Son objectif était de produire et disséminer l'information et le savoir afin d'améliorer les décisions concernant les ressources humaines et de contribuer au développement des ressources humaines dans le secteur de la santé à l'aide du partage des expériences entre pays. L'OPS considérait l'Observatoire non comme une structure bureaucratique, mais comme une stratégie flexible qui s'adaptait elle-même aux contextes et aux réalités spécifiques dans les pays. L'Observatoire devait être un instrument pratique propre à l'analyse et l'établissement des priorités en fait des de problèmes de ressources humaines et ensuite, à la formulation des politiques et des interventions pour y remédier. L'information produite par l'Observatoire avait fourni une justification pour l'adoption de décisions dans les cinq principaux domaines que comportait la fonction de direction des ministères de la santé en ce qui concerne les ressources humaines, à savoir : formulation des politiques, planification des ressources humaines, la réglementation, éducation des ressources humaines et gestion des ressources humaines.

104. Les coûts réels de l'initiative de l'Observatoire étaient extrêmement modestes. Par exemple, le montant affecté au Siège de l'OPS pour les deux périodes biennales 2002-2003 et 2004-2005 était de \$120 000 à titre de fonds d'opération. Le montant alloué par les bureaux de l'OPS dans les pays pour la participation de fonctionnaires nationaux de la santé aux activités de l'Observatoire s'est chiffré à \$60.000. Toutefois, étant donné que les observatoires des pays étaient essentiellement un instrument basé dans les pays et disponible à l'usage de leurs autorités sanitaires, le gros de l'investissement venait des pays eux-mêmes. La contribution réelle des pays était en fait l'information qui provenait des milieux universitaires, des groupes de travail au sein des ministères, des organes de réglementation et d'autres sources, et la valeur monétaire de cette contribution était beaucoup plus élevée. Il était important de noter que l'investissement relativement

modeste avait créé un instrument extrêmement utile pour les autorités sanitaires des pays participants.

105. Pour ce qui est du développement à l'avenir de l'Observatoire des ressources humaines, le Dr Godue a indiqué qu'une activité très importante consisterait en la mise en œuvre de l'Observatoire dans l'ensemble des cinq pays prioritaires. Des observatoires n'étaient en fonctionnement actuellement qu'au Nicaragua et en Bolivie, et l'OPS espérait étendre l'initiative dès que possible aux trois autres pays prioritaires. Le Sous-Comité de planification et programmation a suggéré qu'un travail plus intensif soit entrepris sur les problèmes régionaux et sous-régionaux, et à cette fin, l'OPS avait l'intention de créer des fora de discussion sur des thèmes tels que la mobilité de la population et l'accès aux services de santé, la migration du personnel de santé, l'accréditation et la réciprocité, et des préoccupations du même ordre partagées par de nombreux pays de la Région. D'autres domaines importants de travail à l'avenir seraient le développement de politiques des ressources humaines pour appuyer de nouveaux modèles de soins de santé primaires, la planification des travailleurs de la santé publique et le développement de ressources humaines en santé publique, et des approches intégrées du développement des ressources humaines, ces dernières dans l'optique de créer un réseau de centres de formation et de renforcement de la capacité. Il faudrait également travailler à la formulation d'une proposition pour le suivi et l'évaluation de l'initiative en soi de l'Observatoire, comme l'avait recommandé le SPP.

106. L'Honorable Jerome X. Walcott (Barbade, Président du Sous-Comité de planification et programmation) a fait savoir que le Sous-Comité avait bien accueilli l'aide que l'Observatoire pouvait donner aux pays dans le développement des politiques des ressources humaines, en particulier en ce qui concernait les problèmes difficiles et complexes tels que les pénuries de ressources humaines, le recrutement et la rétention des professionnels de la santé, et la migration des travailleurs de la santé. Les délégués avaient fait plusieurs recommandations sur le travail futur de l'Observatoire, notamment qu'il devrait porter ses efforts sur le développement de séries de données essentielles valables et fiables permettant les comparaisons entre juridictions et entre les pays; qu'il ne devrait pas être simplement une structure de recherche académique, mais une ressource réactive, actuelle et pertinente pour les décideurs des politiques et les preneurs de décisions; qu'il devrait éviter la duplication des efforts et intégrer son travail à celui en cours dans des structures parallèles, notamment l'OMS et l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE); et qu'il devrait continuer à promouvoir l'idée que les ressources humaines en santé n'étaient pas qu'une composante importante du système de santé, mais qu'elles en étaient sa véritable fondation. Le Sous-Comité a également suggéré que l'OPS pouvait offrir un service appréciable et prometteur d'avenir en organisant des fora réguliers sur les politiques de la santé qui rassembleraient les États Membres pour discuter de problèmes d'intérêt commun tels que la migration et l'accréditation des professionnels de la santé.

107. Le Comité exécutif a félicité l'Organisation de l'attention qu'elle portait aux ressources humaines, qui, selon certains délégués, avaient été largement négligées dans les discussions sur la réforme du secteur de la santé. Le Comité avait également été satisfait des révisions apportées au document depuis la session de mars du SPP et de l'inclusion d'information financière dans la présentation. Il estimait que le document donnait maintenant une vision beaucoup plus équilibrée des facteurs persistants et émergents influençant les ressources humaines en santé.

108. Du fait que la série des thèmes couverts par l'Observatoire était si vaste, il a suggéré que quelques objectifs de base ou un agenda de base des questions à résoudre devraient être établis, soit au niveau régional ou au niveau sous-régional, en fonction des préoccupations qui étaient de la plus grande importance pour les pays de chaque sous-région. Il a également suggéré que la résolution de la récente Assemblée mondiale de la Santé sur la migration du personnel de santé (résolution WHA57.19) pourrait offrir un cadre au travail futur de l'OPS par rapport aux problèmes multiples et complexes de la migration, de la capacité des ressources humaines, du développement professionnel et du recrutement et de la rétention du personnel.

109. Le Comité a suggéré que les priorités des ressources humaines devaient inclure les besoins de prévisions en termes à la fois du nombre et de la composition des travailleurs; l'identification des compétences, dont les qualifications médicales et non médicales pour les personnels professionnels et para professionnels; et la formulation de programmes d'enseignement et de systèmes de prestation de l'apprentissage pour satisfaire ces besoins. Un problème prioritaire des ressources humaines pour un nombre de pays de la Région était constitué par l'absence totale de certains professionnels médicaux spécialisés. Par exemple, certains pays connaissaient une pénurie critique de radiothérapeutes. Les pays avaient besoin d'orientation sur la façon de remédier à la pénurie de ces professionnels—ce qui constituait une entreprise relativement longue, étant donné le temps requis pour leur formation—alors qu'ils devaient dans le même temps essayer de satisfaire la demande existante pour leurs services. Dans un domaine apparenté, alors que des progrès avaient été faits sur le plan de la certification et l'accréditation académiques des professionnels de la santé, il fallait consacrer davantage de travail sur l'accréditation des installations de formation où ils apprenaient leurs qualifications. Ceci s'appliquait particulièrement à la composante pratique des programmes de formation technique. Également en matière de formation, le Secrétariat avait été prié de faire une mise à jour sur le statut du Campus virtuel de santé publique développé par l'OPS et d'indiquer de quelle façon cette initiative était intégrée dans l'initiative de l'Observatoire.

110. Il a également remarqué qu'un autre domaine à étudier davantage était le secteur informel de la santé, en particulier l'impact sur la mortalité et la morbidité et le coût-avantage des initiatives communautaires en matière de traitement par le biais des guérisseurs traditionnels, des sages-femmes et des agents de santé communautaires

volontaires. Si cette information était ensuite estimée en termes de valeur et comparée aux comptes nationaux de la santé, une perspective intéressante pourrait être tirée de ces avantages en santé non comptabilisés.

111. Le Président du Comité, parlant en sa fonction de Délégué de la Dominique, a suggéré qu'en termes de migration du personnel de santé, le document semblait révéler une indigence d'information en provenance des Caraïbes. Étant donné que la migration du personnel de santé, en particulier les infirmières, était un tel problème pour la région des Caraïbes, il fallait s'efforcer d'obtenir davantage de données sur la question. Il a remarqué que le document manquait également d'une stratégie d'évaluation définie et que les programmes étaient plus fiables si des objectifs mesurables étaient clairement définis, permettant aux progrès d'être mesurés et aux faiblesses d'être corrigées. Des délégués ont estimé que des mesures devaient être prises pour répondre à ce besoin avant que le document ne soit soumis au Conseil directeur. S'il devait y avoir un manque de données, il faudrait alors développer une stratégie qui fasse en sorte que l'initiative puisse être correctement évaluée à l'avenir.

112. Répondant au commentaire sur l'absence d'objectifs spécifiques et mesurables qui pourraient aider l'OPS à savoir si elle allait dans la bonne direction, le Dr Godue a rappelé que l'objectif initial de l'Observatoire des ressources humaines en santé était de produire un environnement propice à l'interaction entre les différentes parties prenantes dans le domaine des ressources humaines, pour stimuler la discussion et le débat sur l'information disponible relative aux ressources humaines, et pour encourager un processus qui aiderait les protagonistes à conclure un accord sur l'identification des problèmes clés et les modalités de leur solution sur le plan national. Comme l'avait fait remarquer le Comité, la série de problèmes à résoudre dans les différents pays était extrêmement vaste. Mais maintenant que l'Observatoire existait depuis cinq ans, l'OPS avait une meilleure perspective de ce qu'étaient les problèmes principaux et était par conséquent dans une meilleure position pour commencer à identifier des objectifs spécifiques en termes de politiques des ressources humaines et ensuite de suivre leurs réalisations sur les années suivantes aux échelons régional et sous-régional.

113. La notion fondamentale sous-tendant le travail de l'OPS à travers l'Observatoire avait signifié jusqu'à présent qu'à son titre d'organisation fournissant l'assistance technique, elle appuyait les processus au sein des pays qui répondaient à leurs besoins, réalités et possibilités spécifiques. Ce que l'OPS avait essayé de faire avait été d'offrir l'appui et la légitimité de l'Organisation et d'aider les pays au moyen de la fourniture de documentation, bonnes méthodes et autres ressources. Toutefois, l'initiative avait maintenant atteint le point où l'OPS pourrait établir un agenda plus global pour la Région prise dans son ensemble, tout en continuant à fournir une assistance spécifique correspondant aux pays individuels. Il serait alors plus facile de formuler une méthodologie d'évaluation.

114. En ce qui concernait le Campus virtuel de santé publique, les deux initiatives étaient effectivement liées. En fait, le site web du Campus virtuel avait accès à l'Observatoire. Il a rappelé que le Campus virtuel avait été créé en réponse aux préoccupations estimant que les problèmes de santé publique étaient négligés par les processus de réforme du secteur de la santé des années 1990 et que, dans certains pays, la prestation des fonctions essentielles de santé publiques se détériorait. Cette situation avait conduit à la réalisation du fait qu'il fallait des investissements plus importants dans la formation pour développer des travailleurs de la santé publique adéquats. Le Campus virtuel était une tentative pour répondre à ce besoin à l'aide d'approches et de technologies nouvelles. Néanmoins, il n'existait pratiquement pas d'information concernant la composition et les caractéristiques de la force de travail en santé publique dans la Région ; il y avait nécessité, de manière urgente, de normes et de méthodologies pour déterminer les besoins et planifier en la matière ; c'est la contribution que l'Observatoire des ressources humaines pourrait apporter.

115. Il a convenu que la migration du personnel sanitaire constituait un problème important pour les Caraïbes. Le phénomène se produisait ailleurs également, mais dans la sous-région des Caraïbes il était particulièrement visible et créait des pressions évidentes sur le système de santé. L'OPS comptait examiner le problème d'une manière systématique et pratique : non en exposant simplement ce qui se passait, mais en examinant également des solutions possibles telles que des modalités de compensation entre les pays qui bénéficiaient de la migration et les pays qui formaient le personnel de santé et qui ensuite perdaient ce capital humain. À cette fin, l'Organisation souhaitait impliquer dans une plus grande mesure les pays des Caraïbes dans l'initiative de l'Observatoire.

116. Le Directeur adjoint a noté que maintenant qu'il arrivait à la fin de sa première année en fonction, il en était venu à réaliser que l'un des problèmes de santé essentiels de la Région était celui de la capacité dans les pays, et celui des ressources humaines en particulier. Il a fait remarquer que l'Observatoire n'avait que cinq ans, et que des efforts et ressources de taille étaient investis dans ce problème qui était vital, non seulement pour la survie de la santé publique dans les Amériques mais aussi pour la qualité globale de la vie des personnes vivant dans l'hémisphère. Il a rappelé que sa ville natale était Arecibo, Porto Rico, site du plus grand observatoire au monde. Une des choses qu'il avait apprises étant enfant était qu'un observatoire, aussi puissant qu'il soit, ne pouvait capturer un corps céleste que s'il produisait ou reflétait la lumière. Dans le contexte des ressources humaines également, les pays devaient assurer qu'eux aussi émettaient de la lumière en termes de leur travail sur le développement des politiques des ressources humaines et de leurs tentatives de changer leurs personnels sanitaires en fonction de données scientifiques réelles. Ce n'est qu'alors que l'Observatoire serait en mesure de saisir ce qui se passait et qu'il pourrait apporter sa contribution pour réaliser le meilleur scénario possible de santé publique pour la Région dans son ensemble.

117. Le Comité a adopté la résolution CE134.R9 sur ce point.

Accès aux médicaments (document CE134/12)

118. Dr. José Luis Di Fabio (Responsable, Domaine de la technologie et la prestation de services de santé, OPS), a présenté le document sur ce point, qui décrivait les lignes stratégiques d'action proposée pour un programme de travail de l'OPS visant l'amélioration de l'accès aux fournitures essentielles de santé publique pour les pays de la Région. Il a commencé par définir le concept de « fournitures essentielles de santé publique », expliquant que ce terme incluait non seulement les médicaments essentiels mais aussi les produits pharmaceutiques et les fournitures médicales qui étaient requis pour réaliser les objectifs des programmes prioritaires en santé publique, ainsi que les produits dont l'utilisation rationnelle aurait un impact direct sur le fardeau, la prévention et le contrôle des maladies.

119. Le débat sur l'accès aux fournitures essentielles de santé publique prenait place dans tous les segments de la société, la question fondamentale étant de savoir comment réaliser un accès équitable aux fournitures essentielles de santé publique requises pour sauver et améliorer la vie des populations des Amériques, en particulier les pauvres et les marginalisés. Le mandat du travail de l'OPS sur ce thème découlait des objectifs établis dans la Déclaration du Millénaire des Nations Unies, qui non seulement préconisait directement un accès accru aux médicaments essentiels abordables dans les pays en développement, mais comprenait aussi les objectifs pour lesquels l'accès aux médicaments formait une composante : réduire la mortalité infantile par exemple, et lutter contre le VIH/SIDA, le paludisme et autres maladies.

120. Les lignes stratégiques d'action pour l'OMS en ce domaine avaient pour thème quatre composantes : politique, qualité et sûreté, accès et usage rationnel. Dans la composante de l'accès, l'OPS avait identifié quatre lignes d'action : promotion d'une politique cohérente de médicaments génériques, développement de stratégies de restriction des coûts, renforcement des systèmes d'offre des produits de santé publique, et renforcement de la capacité dans les acquisitions aux niveaux national et régional. La première étape sur la voie d'une politique cohérente de médicaments génériques consistait à essayer de définir le concept de « générique », comme une condition préalable essentielle pour passer au stade de l'établissement de la législation et de la réglementation. Une fois le cadre réglementaire en place, il serait alors nécessaire d'établir des systèmes fiables d'assurance de qualité pour mettre ces réglementations en œuvre et assurer que les médicaments génériques étaient des produits de qualité. La prochaine étape serait de convaincre les professionnels de la santé et le grand public de leur qualité et l'étape finale serait de fournir des incitations économiques pour la fabrication, l'enregistrement, la prescription et l'usage des médicaments génériques.

121. En ce qui concernait les stratégies de restriction des coûts, l'OPS axait son action sur deux domaines : la politique des prix et la propriété intellectuelle. Dans le domaine de la politique des prix, l'Organisation s'efforcerait d'assister les pays à comprendre le processus de politique des prix, développer des appels d'offres et renforcer la capacité de négociation afin de promouvoir la concurrence qui était connue comme étant la méthode la plus efficace de réduction des prix des médicaments. Elle examinerait également des options telles que les contrôles des prix, qui étaient un moyen de restreindre les coûts, même s'ils n'étaient pas nécessairement le plus efficaces. Dans le domaine de la propriété intellectuelle, les efforts de l'OPS consisteraient à aider les pays à comprendre et tirer parti des options réglementaires offertes dans le cadre de l'Accord sur les aspects commerciaux de la propriété intellectuelle (Accord ADPIC), telles que les licences volontaires et obligatoires, les importations parallèles et des options pour la protection des données. Un autre aspect du travail dans ce domaine consisterait à suivre l'effet que les accords commerciaux mondiaux, régionaux et bilatéraux avaient sur l'accès aux fournitures essentielles de santé publique et sur leurs prix.

122. L'assistance de l'OPS aux pays dans le domaine de la gestion de l'offre comprendrait une cartographie des systèmes d'offre afin de comprendre comment les différents pays résolvaient leurs problèmes de gestion de l'offre. L'OPS serait alors en mesure de produire des outils de planification et de programmation, de fournir une formation à la gestion des produits, et de traiter les questions de durabilité. Dans le domaine des acquisitions, il y avait de nombreux nouveaux acteurs offrant des ressources de financement aux pays : le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, le Plan d'urgence pour la réduction du SIDA établi par le Président des États-Unis, et d'autres. L'OPS continuerait à travailler pour aider les pays à profiter de ces ressources. Elle les aiderait également à identifier des options pour l'approvisionnement des médicaments essentiels et à traiter les questions de préqualification et d'enregistrement. Des achats groupés, en particulier pour les petits pays, garantiraient des économies d'échelle. L'OPS pourrait assister les pays pour les achats groupés au moyen d'un fonds de roulement, tel que le Fonds de roulement pour le programme élargi de vaccination ou le plus récent Fonds de roulement régional pour les fournitures stratégiques de santé publique (appelé communément le Fonds stratégique).

123. Outre la révision du document et le développement ultérieur du programme de travail proposé sur les médicaments génériques, la propriété intellectuelle, la restriction des coûts et la gestion de l'offre, les activités depuis la réunion du Sous-Comité de planification et programmation avaient inclus l'organisation en avril 2004 d'un atelier sur l'ADPIC et l'accès aux médicaments. En relation à cet événement, un document avait été produit qui expliquait la façon d'incorporer l'ADPIC dans la législation nationale et offrait une série de recommandations pour les gouvernements, la société civile et les organisations internationales. Plus récemment, la première réunion du Groupe de travail sur l'accès avait rassemblé les unités techniques de l'OPS, les centres de collaboration

OMS dans la Région, la Banque mondiale, CAN (la Communauté andine), CARICOM et quelques ONG.

124. Les ressources allouées au travail sur l'accès aux médicaments s'élevaient à \$125 000 sur le budget ordinaire 2004-2006. Un nouveau montant de \$450 000 de ressources extrabudgétaires était actuellement en cours de négociation. De plus, il était estimé que \$450 000 supplémentaires seraient requis pour pouvoir atteindre tous les objectifs. En termes de ressources humaines, l'unité des médicaments essentiels au Siège était dotée actuellement de 1,5 professionnels. Ils étaient aidés par le personnel des bureaux de pays de l'OPS et les centres de collaboration, mais des ressources humaines additionnelles seraient probablement requises.

125. L'Honorable Jerome X. Walcott (Barbade, Président du Sous-Comité de planification et programmation) a indiqué que le Sous-Comité avait exprimé un soutien solide aux quatre lignes d'action principales de l'OPS, et avait identifié un nombre de besoins pour réaliser les objectifs de chacune d'entre elles. En ce qui concernait les médicaments génériques, le Sous-Comité avait convenu qu'il y avait besoin de rechercher un consensus entre les pays sur le concept de « générique ». Il avait également estimé qu'il fallait prêter attention à l'impact des accords commerciaux multilatéraux et bilatéraux sur l'accès aux médicaments, en particulier les nouveaux médicaments tels que les antirétroviraux. La question de la qualité des médicaments avait été considérée comme extrêmement importante. Étant donné que la réglementation gouvernementale des médicaments génériques était essentielle pour rassurer le public sur leur usage, le Sous-Comité se réjouissait de voir qu'un aspect du travail de l'OPS serait l'assistance aux pays pour établir des règles fondamentales qui mèneraient à l'acceptation publique des médicaments génériques. Dans le domaine des stratégies de restriction des coûts, les délégués avaient exhorté l'OPS à donner des conseils impartiaux et fondés sur les données, et de tenir compte de la recherche en cours et de divers modèles. L'OPS avait également été encouragée à tirer parti d'une récente étude de l'OMS sur la politique des prix des médicaments. Un autre domaine dans lequel l'OPS avait été encouragée à fournir des conseils et un appui techniques était celui de la réglementation des pharmacies afin d'assurer que les réductions de coût réalisées au niveau des grossistes ne disparaissaient pas au niveau de la vente au détail.

126. Le Sous-Comité a noté que de nombreux pays avaient besoin de renforcer leurs processus d'acquisitions et avait estimé que l'OPS pourrait fournir un soutien appréciable à cette fin. Il avait été suggéré que les conditions de stockage et de transport et l'état physique des usines devraient être ajoutés aux rubriques formant l'examen de la chaîne de la gestion de l'offre. Il avait également remarqué que les pays avaient besoin d'assistance pour prévoir leurs besoins, à la fois pour les médicaments et pour les fournitures non pharmaceutiques, dont il y avait parfois des pénuries critiques dans les Amériques.

127. Le Comité exécutif a également exprimé son appui au programme de travail proposé, et a souligné que la prise en main des besoins de deux milliards de personnes sans accès à des médicaments abordables et de qualité devait rester un thème prioritaire de l'OMS, de l'OPS et de tous les États Membres. Il a demandé de clarifier les raisons de l'accent mis sur les médicaments génériques, plutôt que sur une politique des médicaments nationale plus générale, englobant tant les médicaments de marque que les médicaments génériques. Les délégués ont souligné que le travail sur la restriction des coûts devrait se baser essentiellement sur les observations. Ils ont suggéré que la dissémination de l'information sur les prix pourrait être ajoutée à la liste des actions proposées, ainsi qu'une évaluation de la transparence des prix dans l'ensemble de la Région. Ils ont également remarqué que la disponibilité limitée de capacité de laboratoire pouvait agir comme goulet d'étranglement dans l'évaluation et l'approbation de nouveaux médicaments, et ont suggéré que l'OPS pourrait aider à renforcer le Réseau panaméricain pour l'harmonisation réglementaire des médicaments (PANDRH).

128. Le Comité a demandé de clarifier pourquoi l'OPS ne proposait pas un troisième fonds, en plus du Fonds de roulement PEV et du Fonds stratégique, et a également demandé si une évaluation avait été faite de ce dernier, en examinant en particulier les raisons pour lesquelles il n'était pas utilisé dans une plus large mesure. Le Comité a apprécié l'inclusion de l'information sur les ressources financières et humaines dans la présentation et a suggéré que cette information devrait également être ajoutée au document.

129. La Déléguée des États-Unis d'Amérique a exhorté l'OPS à la prudence à l'égard de son implication dans l'évaluation des questions de propriété intellectuelle lorsqu'elles se rapportaient aux médicaments. D'autres efforts étaient en cours, notamment ceux de la Commission de l'OMS sur les droits de la propriété intellectuelle, innovation et santé publique, que sa délégation estimait être le forum approprié pour la considération de cette question. Toutefois, elle a également suggéré que l'OPS puisse fournir un appui technique et de politique aux efforts des États Membres, s'ils le demandaient, pour profiter pleinement de la flexibilité offerte par l'ADPIC et de la décision du 30 août 2003 du Conseil général de l'Organisation mondiale du Commerce concernant les problèmes de santé publique.

130. Plusieurs délégués ont donné des informations sur les programmes de leurs pays pour la fourniture de médicaments à leurs populations, et le Délégué du Canada a indiqué que son pays avait récemment changé ses lois sur les droits de propriété pour faire en sorte qu'il soit plus facile pour les pays en développement d'obtenir des versions moins coûteuses de spécialités pharmaceutiques requises dans le traitement du VIH/SIDA, de la tuberculose, du paludisme et d'autres problèmes de santé publique.

131. Le Dr Di Fabio a indiqué que l'objectif principal de l'encouragement à l'usage de génériques comme alternative aux médicaments de marque était de faire baisser le prix des médicaments à travers les mécanismes de la concurrence. Entrant dans les raisons de la focalisation sur les médicaments génériques, il a expliqué que la première étape essentielle était de définir ce que signifiaient les médicaments génériques. L'OMS en avait une définition, mais chaque pays individuel définissait le terme différemment. Établir la définition de cette façon permettait alors de fournir le cadre juridique pour les réglementations qui garantiraient la qualité du produit. Après la définition, et ensuite la législation, la prochaine étape était l'assurance de la qualité, qui éliminerait du marché des produits de qualité inadéquate.

132. Passant ensuite à la question de la qualité, il a expliqué qu'outre son travail visant à renforcer les autorités réglementaires de la Région, l'OPS cherchait également à renforcer les systèmes d'assurance de qualité des pays. Une difficulté venait des différences dans la qualité et la capacité des organes réglementaires dans les divers pays. Le Réseau panaméricain pour l'harmonisation réglementaire des médicaments avait rassemblé tous les organes réglementaires de la Région, et l'OPS avait travaillé par le biais du Réseau pour appuyer les pays dont les cadres réglementaires avaient besoin d'être renforcés. La question de la capacité de laboratoire était également importante. Alors qu'il était certainement important de disposer d'un réseau d'autorités responsables de l'enregistrement de nouveaux médicaments et de l'évaluation de leur qualité sur une base théorique, il y avait également un besoin d'un nombre suffisant de laboratoires capables d'évaluer la qualité et les propriétés de ces médicaments dans des tests pratiques réels. Une partie de la raison pour laquelle l'OPS recherchait un financement supplémentaire pour l'initiative avait pour objectif de donner à un professionnel à plein temps la possibilité de travailler en collaboration avec les laboratoires sur les tests et la certification de nouveaux médicaments.

133. Il partageait sans réserve le point de vue concernant le besoin d'une solide base d'observations pour s'attaquer aux problèmes de restriction des coûts. La création de cette base d'observations était précisément l'objectif de l'OPS en collectant l'information et en rassemblant les expériences des pays. Dans le domaine de la propriété intellectuelle, il a expliqué que les pays avaient demandé l'assistance de l'OPS, par exemple sous la forme d'information sur les leçons apprises dans d'autres pays et qu'il incombait à l'Organisation de répondre à ces demandes. Le travail de l'OPS sur la propriété intellectuelle ne concernait strictement que la façon dont ces problèmes juridiques affectaient l'accès, son but étant d'aider les pays à profiter pleinement des flexibilités fournies au titre de l'Accord ADPIC pour améliorer l'accès aux médicaments. Il a assuré le Comité que l'OPS était pleinement consciente du travail de la Commission de l'OMS sur les droits de la propriété intellectuelle, innovation et santé publique, et qu'elle appuyait ce travail. En fait, la Commission de l'OMS tiendrait sous peu une réunion au Siège de l'OPS.

134. Répondant aux questions concernant les deux fonds de roulement, il a souligné que l'OPS ne proposait pas la création d'un nouveau fonds, mais qu'elle travaillait plutôt à la révision de la structure du Fonds stratégique et évaluait la façon de le rendre plus efficace. Les acquisitions ne relevaient pas strictement parlant du mandat de l'OPS, mais l'Organisation essayait d'utiliser le Fonds stratégique pour aider les pays en matière de gestion de l'offre, des prédictions des besoins futurs de médicaments, et d'autres problèmes.

135. La Directrice a clarifié que l'accent mis sur les médicaments génériques n'avait pas pour but de supplanter une politique des médicaments plus générale englobant à la fois les médicaments de marque et les médicaments génériques. L'OPS avait eu une politique globale des médicaments pendant de nombreuses années, et l'accent mis actuellement sur les génériques provenait des difficultés rencontrées dans l'exécution de la portion qui avait trait aux génériques de cette politique globale, à cause de certaines des lacunes et des déficiences de l'information que le Dr Di Fabio avait décrites. Pour ce qui était du rôle de l'OPS dans le domaine de la propriété intellectuelle, elle a fait remarquer que l'Organisation n'était impliquée que parce que les médicaments étaient assujettis aux lois sur la propriété intellectuelle. Suite à la conférence de Doha, les pays de la Région avaient demandé l'assistance de l'Organisation pour comprendre comment les lois sur la propriété intellectuelle et les accords commerciaux pouvaient affecter leur accès aux médicaments, et il était du devoir de l'OPS de répondre à ces demandes.

136. Quant à la question de savoir pourquoi il n'était pas fait plus grand usage du Fonds stratégique établi en l'an 2000, elle a fait valoir qu'il avait une histoire beaucoup plus courte que le Fonds de roulement PEV qui remontait à 1979. Comme il était indiqué dans la présentation de son Rapport financier, ce dernier n'avait réellement démarré qu'au cours des six dernières années. Le Fonds de roulement était un mécanisme très important de la solidarité panaméricaine, du fait que la participation des gros pays permettait aux petits pays de bénéficier d'économies d'échelle qu'ils n'auraient pas été en mesure de réaliser par eux-mêmes. L'utilisation du Fonds avait permis la planification à long terme et la gestion rationnelle de l'offre pour satisfaire la demande. L'OPS entreprenait maintenant un audit interne de ses différents mécanismes d'achat, et comptait qu'il soit terminé à l'époque du prochain 45^e Conseil directeur.

137. Le Comité a adopté la résolution CE134.R6 sur ce point.

Intensification du traitement dans le cadre d'une réponse intégrée au VIH/SIDA (document CE134/13)

138. Le Dr Carol Vlassoff (Chef, Unité VIH/SIDA, OPS) a décrit les mesures que prenait l'OPS pour intensifier la réponse au VIH/SIDA dans la Région, en particulier à travers l'exécution de l'Initiative « 3 millions d'ici 2005 » proposée par le Directeur

général de l'OMS, le Dr Jong-wook LEE. Elle a commencé par passer en revue la situation du VIH/SIDA dans les Amériques, en notant que malgré les défis posés par la pandémie, il existait de nombreuses opportunités de coopération technique pour aider les pays à la confronter, notamment un engagement politique et financier renforcé de la part des pays; une disponibilité accrue de financement du Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, et d'autres sources; et l'Initiative « 3 millions d'ici 2005 », qui aspirait à prodiguer un traitement à trois millions de personnes dans le monde d'ici la fin de 2005. Dans la Région, l'objectif établi pour les Amériques par la Déclaration de Nuevo León, adoptée au Sommet spécial des Amériques tenu à Monterrey au Mexique en janvier 2004, était la fourniture d'une thérapie antirétrovirale à 600 000 personnes au moins ayant besoin d'un traitement d'ici l'année 2005.

139. La plaque tournante de la réponse de l'OPS à l'Initiative « 3 millions d'ici 2005 » était son équipe restreinte interne, qui incluait une large participation par les unités et les domaines à la fois au Siège et au CAREC. L'équipe restreinte était assistée par un groupe de travail composé de personnel de l'OPS et de parties prenantes clés au niveau des pays, qui en janvier 2004 avait établi l'objectif suivant comme réponse de l'Organisation à l'Initiative « 3 millions d'ici 2005 » dans les Amériques : travailler en partenariat avec les États Membres pour permettre la plus grande contribution possible à une survie améliorée et à l'amélioration de la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH ou le SIDA dans la Région, tout en faisant des progrès sur la voie de l'objectif final d'accès universel aux antirétroviraux comme un droit de l'homme, comme une méthode efficace de prévention et comme une mesure contre la discrimination dont souffraient ceux qui vivaient avec le VIH et le SIDA. Atteindre l'objectif d'accès universel pour ceux qui avaient actuellement besoin d'un traitement signifierait la fourniture d'une thérapie ARV pour 170 000 personnes supplémentaires.

140. Le groupe de travail avait également défini des stratégies, actions et indicateurs spécifiques et avait identifié cinq orientations stratégiques pour guider la coopération technique de l'Organisation : (OS 1) engagement politique et leadership, partenariats et mobilisation communautaire; (OS 2) renforcement des systèmes/services de santé, notamment l'adaptation et l'application d'outils appropriés; (OS 3) fourniture efficace et fiable de médicaments, de diagnostics et d'autres produits; (OS 4) liens avec la promotion de la santé et la prévention des IST et du VIH/SIDA au sein des services de santé; (OS 5) information stratégique et dissémination des leçons apprises. Dans toutes les orientations, un élément central était la communication et l'éducation. Étant donné que la prévention et le traitement faisaient clairement partie d'un continuum, la prévention constituait également une composante majeure des orientations, en particulier dans le cas de l'OS4.

141. L'OPS avait établi un ordre de priorité pour les pays conformément à la prévalence du VIH et à la disponibilité de la thérapie ARV. Les pays qui recevaient la priorité la plus élevée étaient ceux avec une prévalence élevée et une faible couverture des ARV, mais les

pays où la prévalence et la disponibilité des ARV étaient faibles étaient également prioritaires parce que c'était dans ces pays que les interventions préventives pouvaient être les plus efficaces par rapport au coût et faire la plus grande différence. Toutefois, dans tous les pays, l'OPS avait un rôle clair à jouer dans le renforcement des services de laboratoire, les acquisitions et le suivi de la qualité des médicaments et des produits, le renforcement de la capacité dans les conseils et tests volontaires, la prévention de la transmission de la mère à l'enfant, la prestation de soins et le traitement des infections sexuellement transmissibles, la fourniture d'information stratégique et le suivi et l'évaluation.

142. Avec la disponibilité d'un financement accru pour la thérapie ARV dans la majorité des pays prioritaires, l'Organisation poursuivait ses efforts pour maximiser sa coopération technique à travers ses bureaux de pays et à travers une collaboration étroite avec d'autres organisations régionales, multilatérales et bilatérales. Depuis son rapport au SPP en mars, l'OPS avait pris part à plusieurs événements visant à favoriser la collaboration entre partenaires régionaux et mondiaux, notamment la deuxième réunion des directeurs régionaux des co-sponsors de l'ONUSIDA qui s'était tenue en juin 2004. Les directeurs régionaux avaient avalisé le principe des « Trois uns » pour la coordination des réponses nationales au VIH/SIDA : un cadre convenu du SIDA qui fournissait la base pour la coordination du travail de tous les partenaires; une autorité nationale de coordination du SIDA, avec un mandat multisectoriel largement étendu; et un système convenu de suivi et évaluation au niveau des pays. Cette réunion avait eu pour conséquence une plus grande synergie pour une action concertée dans la Région, notamment l'approbation d'un plan conjoint de plaidoyer destiné aux jeunes, un accord pour travailler ensemble sur l'Initiative « trois millions d'ici 2005 », et plusieurs autres stratégies communes, dont la coordination de tout le personnel des Nations Unies travaillant au niveau régional et au niveau des pays.

143. En ce qui concernait les ressources, le financement de l'OMS avait été limité, mais les fonds avaient été dégagés pour un poste de coordinateur de l'Initiative « 3 millions d'ici 2005 » au niveau régional et un poste de coordinateur en Haïti. Les ressources pour la Guyana et pour un poste sous-régional en Amérique centrale étaient attendues dans la deuxième tranche de financement de l'OMS. Toutefois, étant donné que l'appui de l'OMS à lui seul serait probablement insuffisant pour permettre à la Région d'atteindre son objectif d'accès universel au traitement, l'OPS rechercherait des ressources supplémentaires. À cet égard, elle a évoqué la demande faite lors de la session du SPP en mars pour une vue d'ensemble de la disponibilité des ressources et des besoins, et a dit que le Secrétariat présenterait cette information au 45^e Conseil directeur. D'ici là, le montant du financement de l'OMS destiné à la Région aurait été déterminé et le Secrétariat aurait une idée plus précise des ressources financières et humaines disponibles pour le travail de l'OPS sur le VIH/SIDA.

144. L'Honorable Jerome X. Walcott (Barbade, Président du Sous-Comité de planification et programmation) a indiqué que le SPP avait avalisé les stratégies présentées dans le document présenté au Sous-Comité sur les efforts de l'OPS pour intensifier la réponse au VIH/SIDA dans la Région. Les délégués ont exprimé un soutien particulier aux efforts de l'Organisation sur la mise en œuvre de l'Initiative « trois millions d'ici 2005 »; sa promotion d'une réponse intégrée et globale qui comprenait la prévention, le traitement et les soins; son incorporation d'une perspective des droits de l'homme; et son attention au problème de l'exclusion et de la discrimination des personnes vivant avec le VIH/SIDA. Bien que le Sous-Comité ait approuvé les stratégies proposées, plusieurs délégués ont estimé qu'il fallait insister davantage sur la prévention et sur l'évitement des comportements à risque, car la prévention restait une stratégie cruciale dans la lutte contre le VIH/SIDA. Il avait également noté que la plus grande disponibilité de la thérapie ARV pourrait rendre les gens plus négligents en matière de prévention et d'évitement des risques, et il avait par conséquent estimé qu'il était vital de continuer à promouvoir un changement de comportement et à encourager des comportements sains. L'importance de cibler les jeunes avec des efforts de prévention avait été mise en relief. Le Sous-Comité avait exhorté l'OPS à continuer à aider les pays à formuler des propositions pour soumission au Fonds mondial et à continuer à utiliser son influence pour faire baisser le prix des médicaments ARV. En ce qui concernait le Fonds mondial, les délégués ont attiré l'attention sur la situation pénible des pays à revenu intermédiaire, tranche moyenne et supérieure, qui, en vertu des critères d'éligibilité en place, n'étaient pas en mesure de profiter de l'assistance du Fonds. Le Sous-Comité a également souligné plusieurs défis majeurs concernant les systèmes de santé afin de renforcer la réponse au VIH/SIDA, notamment le soutien à la capacité des systèmes pour identifier et atteindre les personnes qui avaient besoin de médicaments antirétroviraux et pour répondre à d'autres problèmes sanitaires critiques tout en satisfaisant également la demande pour les services de VIH/SIDA.

145. Tout comme le Sous-Comité, le Comité exécutif s'est félicité des efforts de l'OPS visant à renforcer la réponse régionale au VIH/SIDA et, en particulier, les mesures qu'elle prenait pour augmenter l'accès à la thérapie ARV et la rendre abordable aux populations pauvres et vulnérables, même si le Comité soulignait également le besoin d'efforts continus sur la prévention et sur la promotion de comportements sains. Il a noté que le besoin de traitement représentait un échec de la prévention, et que les efforts pour étendre l'accès au traitement devaient être appuyés par des campagnes de prévention vigoureuses; autrement, il y avait le risque que les gens puissent considérer le SIDA comme une maladie qui se soignait facilement et par conséquent, ils devenaient plus négligents sur l'évitement des risques. À cet égard, l'OPS avait été vivement encouragée à incorporer la promotion de l'abstinence dans sa stratégie de plaidoyer destinée aux jeunes. L'Organisation avait également été encouragée à promouvoir l'intégration de programmes sur le VIH/SIDA dans des programmes de santé sexuelle et reproductive, dont des programmes sur la prévention de l'infection sexuellement transmissible (IST).

146. Le Comité a mentionné un nombre de rôles pour l'OPS, dont la coopération technique avec les pays pour développer des systèmes de logistique et de distribution pour les médicaments et les produits, la promotion de régimes simplifiés de traitement utilisant des médicaments sûrs et efficaces de bonne qualité, et l'évaluation d'actions et de stratégies destinées à identifier les pratiques les meilleures et les plus efficaces par rapport au coût. Le Comité a également identifié un nombre de défis qu'il fallait relever afin de renforcer la réponse du système de santé à la pandémie, incluant une meilleure formation pour les agents sanitaires et le renforcement des laboratoires et autres services d'appui. Il a fait remarqué que l'intensification du traitement n'était pas une simple question d'amélioration de l'accès aux médicaments. Il était également essentiel d'assurer les compétences de laboratoire nécessaires pour suivre les patients et mesurer la charge virale, donner une éducation aux patients afin de promouvoir une meilleure conformité aux régimes du traitement, offrir des services d'appui psychologique et social aux malades et à leurs familles, et assurer les besoins de soins des patients en phase terminale. L'éducation de la population était un autre défi—en particulier les personnes qui vivaient avec le VIH/SIDA—en particulier leur expliquer quand le traitement était réellement nécessaire et bénéfique, car la population avait tendance à croire que toutes les personnes infectées par le VIH avaient besoin d'un traitement.

147. Les délégués ont souligné le besoin de coopération entre pays voisins pour la prévention et le traitement du VIH/SIDA dans les populations mobiles. Le besoin d'une attention constante aux problèmes d'équité entre les sexes avait également été mis en relief. Un délégué a souligné l'importance d'impliquer les hommes et les garçons dans le continuum des programmes du VIH/SIDA, dont la prévention, les soins, le traitement et le soutien, alors qu'un autre a mis en évidence le besoin d'une plus grande attention accordée aux femmes et leur inclusion dans la réponse au VIH/SIDA, en particulier les groupes de femmes à haut risque, telles que les professionnelles du sexe et les utilisateurs de drogues injectables. Citant les réussites obtenues dans la prévention de la transmission verticale dans leur pays, plusieurs délégués ont souligné l'importance d'un traitement pour toutes les femmes enceintes séropositives.

148. Plusieurs délégués ont fait état des mesures que prenaient leurs pays pour intensifier la réponse au VIH/SIDA. Le Délégué de l'Argentine mentionné les efforts de son pays pour améliorer la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH/SIDA grâce à l'accès non seulement aux soins médicaux et au traitement mais aussi à d'autres biens et services essentiels. Le Délégué de la République dominicaine a décrit certaines réussites réalisées à l'aide du Conseil présidentiel de lutte contre le SIDA (*Consejo Presidencial de Lucha Contra el SIDA*) de son pays (COPRESIDA). Les Délégués du Canada et de la France ont fait état des contributions récentes de leurs pays au Fonds mondial, alors que les Délégués du Mexique et du Costa Rica ont décrit une initiative sous-régionale pour répondre aux besoins des populations mobiles, pour lesquelles leurs pays et d'autres pays méso-américains demandaient l'appui du Fonds. La Déléguée du Costa Rica a fait

ressortir que ces initiatives de pays multiples étaient un moyen par lequel des pays tels que le sien, qui n'étaient pas éligibles à l'appui du Fonds mondial, pouvaient également profiter de ce mécanisme de financement.

149. La Déléguée des États-Unis a informé que l'Office du contrôle pharmaceutique et alimentaire (*Food and Drug Administration*) de son pays avait récemment annoncé un procédé accéléré d'examen et d'approbation de thérapies VIH à faible coût, sûres et efficaces en combinaison de doses groupés et de doses fixes pour usage au titre du Plan d'urgence pour la réduction du SIDA établi par le Président des États-Unis (*President's Emergency Plan for AIDS Reduction - PEPFAR*). Elle a également noté que l'Institut national de la santé de l'enfant et du développement humain des États-Unis avait récemment publié les résultats d'une étude sur le VIH/SIDA et les risques pour l'allaitement, que son gouvernement serait heureux de mettre à la disposition de l'OPS et d'autres États Membres. La Représentante de l'Association mondiale de sexologie a exprimé le souhait de son organisation à continuer à collaborer avec l'OPS dans son approche intégrée du SIDA dans la Région.

150. Faisant allusion au paragraphe 1 du document, qui récapitulait les caractéristiques de la pandémie de SIDA, le Représentant de l'Association mondiale de la sexologie a noté que la transmission entre hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes était également un important facteur de transmission dans son pays et a demandé que cette information soit incluse dans le document.

151. Le Dr Vlassoff a remercié le Comité pour ses commentaires et ses marques de soutien au travail de l'OPS en ce qui concernait le VIH/SIDA. Elle a également remercié les différents délégués pour avoir partagé l'information sur les approches novatrices de leurs pays sur l'intensification de la réponse à la pandémie. Ces échanges d'expériences étaient extrêmement précieux pour toutes les parties concernées. Elle a estimé que le Comité avait soulevé un nombre de points excellents. Par exemple, il était tout à fait vrai que le problème de l'adhésion aux régimes de traitement tendait parfois à être négligé dans l'effort d'accroître l'accès aux médicaments, mais il était absolument crucial car il ne servait à pas grand chose de fournir les médicaments si les patients ne les utilisaient pas correctement. Il était également vrai que l'un des défis qui pourrait se poser à partir du moment où le traitement devenait plus facilement disponible, était que les personnes qui n'en n'avaient pas besoin commenceraient à le demander. Comme le Comité l'avait justement fait remarquer, les initiatives destinées à intensifier le traitement devaient être accompagnées d'une éducation de sorte que les personnes comprennent que les malades infectés par le VIH n'avaient pas tous nécessairement besoin immédiatement de la thérapie ARV.

152. Répondant à une question de l'un des délégués concernant les fiches documentaires de soins et de traitement auxquelles elle avait fait allusion dans sa

présentation, elle a expliqué que l'OPS et l'ONUSIDA préparaient une série de fiches documentaires sur la situation concernant les soins et le traitement des personnes vivant avec le VIH/SIDA dans tous les pays de la Région, y compris le Canada et les États-Unis. Elles étaient essentiellement utilisées pour suivre la mise en œuvre de l'Initiative « 3 millions pour 2005 », mais elles seraient également utiles aux pays pour leur propre suivi et pour des objectifs d'appui au programme et de plaidoyer. Elles étaient élaborées en interne de façon à ne pas déranger les pays avec des demandes supplémentaires de données, mais elles nécessiteraient de toutes façons l'apport des pays pour compléter l'information, et elles seraient envoyées aux pays à cette fin une fois qu'elles seraient prêtes. Il était prévu de mettre à jour les fiches documentaires au moins tous les six mois.

153. Pour ce qui était de la composition du comité consultatif technique, qu'elle avait également mentionné dans sa présentation, l'objectif était de recruter des membres ayant une expertise dans chacun des domaines couverts par les cinq objectifs stratégiques de l'OPS. Le comité comporterait également un membre d'au moins une ONG représentant des personnes vivant avec le VIH/SIDA et un expert dans le domaine des communications et de la promotion de la santé. Les personnels des programmes nationaux du SIDA seraient invités à participer en qualité d'observateurs, comme le seraient des partenaires d'autres organisations, mais ils ne seraient pas membres effectifs du comité.

154. Concernant les commentaires sur l'importance de la prévention, elle a souligné que la prévention et le traitement devaient être considérés comme faisant partie d'un continuum, et non comme des activités séparées. Il était certainement vrai que la prévention rendait le traitement inutile, mais il y avait des preuves croissantes qu'il existait un lien entre le traitement et la prévention : comme il était apparu clairement aux Bahamas, au Brésil et dans d'autres pays, de nouveaux cas plus rares se produisaient quand le traitement était disponible. Par conséquent, il était important de ne pas considérer la prévention et le traitement comme deux entités séparées. Les gouvernements avaient la responsabilité de s'occuper des deux.

155. La Directrice a observé que la prolifération de nouveaux acteurs travaillant dans le domaine du VIH/SIDA avait nécessité une nouvelle définition du rôle de l'OPS. Alors que dans les premières années de la pandémie, l'OPS s'était penchée davantage sur l'analyse de situation et sur le suivi du cours de la pandémie, tout en appuyant parallèlement les pays à l'aide d'une vaste série d'activités de prévention et de contrôle, maintenant, du fait que d'autres partenaires avaient repris un plus grand nombre de ces responsabilités, l'Organisation se concentrait davantage sur l'analyse de la réponse à la maladie. Les fiches documentaires mentionnées par le Dr Vlassoff témoignaient de ce changement d'attitude. Leur but était d'être une source d'information actualisée sur la réponse à la pandémie dans les différents pays, en particulier par rapport aux soins et au traitement. L'information serait utile non seulement pour les pays eux-mêmes, mais aussi pour tous les partenaires

techniques et financiers impliqués car elle offrirait une meta-analyse de ce qui était fait et de ce qui devait être fait pour renforcer la réponse.

156. Comme l'avait noté le Comité, le VIH/SIDA était un problème complexe et multiforme auquel la réponse devait être globale, multisectorielle et multidisciplinaire. Par conséquent, afin d'appuyer efficacement les États Membres, l'Organisation avait à renforcer sa propre capacité pour pouvoir offrir ce type de réponse. C'était la raison pour laquelle elle avait formé l'équipe restreinte interne qui était composée de personnel expérimenté dans une large série de domaines et c'était la raison pour laquelle elle avait prévu de mettre sur pied un comité consultatif technique extérieur. Les expériences du passé avaient montré que ces entités pouvaient donner des orientations précieuses sur la façon dont l'Organisation devrait porter ses efforts afin d'assister de son mieux les États Membres. En fait, l'idée avait maintenant été adoptée au niveau mondial par l'OMS, qui était sur le point de former un comité consultatif technique mondial dont les membres comporteraient plusieurs experts de la Région des Amériques.

157. Un rôle critique pour l'OPS dans le contexte actuel d'une augmentation importante du financement et de l'appui aux activités liées au SIDA avait consisté à aider les pays qui étaient bénéficiaires de cette assistance pour qu'ils l'utilisent à bon escient. Par exemple, l'OPS avait tenté avec le Fonds mondial d'identifier les goulets d'étranglement qui empêchaient l'exécution de projets approuvés dans les premières phases des propositions du Fonds mondial, dont de nombreux n'avaient toujours pas été exécutés. L'Organisation examinait également la façon d'éliminer les goulets d'étranglement dans le domaine de l'acquisition des médicaments, du fait que malgré les négociations réussies sur des prix de médicaments plus favorables, dans de nombreux cas, les pays n'achetaient toujours pas les quantités suffisantes pour assurer la disponibilité des médicaments pour ceux qui en avaient besoin.

158. Enfin, une autre fonction extrêmement importante de l'Organisation consistait à aider les pays à coordonner l'appui fourni par toutes les nombreuses agences et institutions différentes qui n'étaient pas présentement impliquées dans la réponse au VIH/SIDA au niveau des pays. Alors qu'il était évident que ces pays acceptaient avec satisfaction cet appui, ils étaient concernés sur la façon de le gérer afin d'éviter la duplication des efforts et d'utiliser de la façon la plus efficace possible les ressources disponibles. À cette fin, l'OPS avait promu l'adhésion au principe des « Trois uns », qu'elle considérait comme un élément crucial et elle engagerait d'autres partenaires dans un dialogue visant à réaliser une meilleure coordination de leur travail. Le Secrétariat espérait avoir préparé pour la réunion du Conseil directeur un tableau indiquant d'une part, les besoins auxquels il fallait répondre et les obstacles qu'il fallait lever, et de l'autre, les opportunités d'assistance venant des divers partenaires en vue de satisfaire ces besoins et de venir à bout de ces obstacles.

159. Le Comité exécutif a adopté la résolution CE134.R4 sur ce point.

Réglementations internationales de la Santé : Perspectives de la Région des Amériques (document CE134/14)

160. Le Dr Marlo Libel (Conseiller régional sur les maladies transmissibles, OPS) a présenté le document sur ce point en mettant l'accent sur quatre points principaux : l'objectif des Réglementations internationales de la Santé (RIS), les principes guidant le processus de révision, les progrès à ce jour dans la révision, et les leçons tirées des quatre réunions de consultation tenues dans la Région. Comme les Membres ne l'ignoraient pas, les RIS actuellement en vigueur dataient de 1951 et elles avaient été prévues à l'origine pour aider à suivre et contrôler six maladies infectieuses. Ce nombre avait depuis été réduit à trois. En 1995, l'Assemblée mondiale de la Santé avait préconisé une révision des RIS pour répondre à la menace posée par l'émergence et la résurgence de certaines maladies infectieuses et le risque accru de leur propagation internationale causée par la croissance du transport aérien, des échanges commerciaux et d'autres manifestations de la mondialisation.

161. Cinq changements clés étaient proposés : 1) expansion de la portée de la notification pour y inclure toute situation d'urgence en santé publique d'importance internationale; 2) désignation par les gouvernements nationaux de points focaux nationaux pour servir de points de contact et de liens de communication avec l'OMS; 3) définition des capacités essentielles de surveillance et de réponse requises au niveau national, incluant des capacités spécifiques de surveillance et de réponse à des points d'entrée; 4) mesures recommandées pour traiter les urgences en santé publique d'importance internationale et les risques en cours de santé publique; et 5) conseils d'experts extérieurs concernant les RIS, notamment l'établissement de deux organes consultatifs : le Comité des urgences dont la fonction serait de conseiller le Directeur général en ce qui concernait des événements qui constituaient ou non une urgence en santé publique d'importance internationale et sur l'établissement de recommandations d'urgence, et le Comité d'examen, qui publierait des recommandations permanentes, examinerait, suivrait et conseillerait en matière d'application des Réglementations; et aiderait à résoudre les différends concernant leur interprétation ou application.

162. La première version des Réglementations révisées avait été publiée en 2004, à la suite d'un vaste processus de consultation technique. Les États Membres avaient été invités à faire leurs commentaires sur la première version et à offrir des apports à la version finale, qui serait soumise au Groupe de travail intergouvernemental sur les RIS en novembre 2004. À cette fin, une série de consultations avaient été tenues au niveau régional. Dans les Amériques, quatre réunions de consultations sous-régionales avaient été organisées, l'une impliquant les pays d'Amérique du Sud, une autre impliquant les pays

anglophones des Caraïbes, la troisième les pays d'Amérique centrale, Cuba et la République dominicaine et la dernière, les pays d'Amérique du Nord.

163. Bien que de nombreuses questions différentes aient été soulevées au cours de ces consultations, de l'avis du Secrétariat, les préoccupations des pays des Amériques relevaient essentiellement de cinq catégories. Tout d'abord, il s'agissait de la faisabilité de l'application des Réglementations. Les pays estimaient que les limitations des ressources humaines et financières poseraient des difficultés à la mise en place des capacités nécessaires de surveillance et de points d'entrée d'ici janvier 2006, lorsque les nouvelles RIS devaient entrer en vigueur, et demandaient à l'OMS et l'OPS de les aider à renforcer ces capacités. La deuxième série de préoccupations concernait le fonctionnement des deux comités consultatifs d'experts. Les pays souhaitaient une clarification sur la structure des comités et sur les critères de sélection des experts qui les formeraient. Ils avaient souligné que le processus utilisé pour déterminer si un événement constituait une situation d'urgence en santé publique devait être transparent et ouvert, et ils estimaient également qu'il était important d'offrir une opportunité aux États Membres affectés d'être représentés au Comité des urgences et de participer aux prises des décisions concernant les actions à prendre. Le troisième domaine de préoccupation concernait les communications entre les États Membres et l'OMS/OPS. Les pays avaient soulevé des questions quant au rôle et aux responsabilités des points focaux nationaux proposés et ils étaient concernés par le fait que leur désignation en tant que points primaires de contact pourrait signifier que les autorités sanitaires nationales ne seraient pas toujours consultées avant que l'information ne soit relayée à l'Organisation.

164. La notification constituait la quatrième source de préoccupation. Certains pays estimaient que, outre l'algorithme pour déterminer ce qui constituait une urgence en santé publique d'importance internationale, les Réglementations devraient inclure une liste des maladies devant être déclarées. Une suggestion alternative qui avait émergé des consultations était que la liste des maladies devrait servir davantage d'aide aux pays en utilisant l'algorithme de prise de décision. En d'autres termes, il ne serait pas nécessairement obligatoire de notifier une flambée d'une maladie sur la liste, mais l'occurrence de l'une quelconque de ces maladies devrait inciter les pays à utiliser l'algorithme pour déterminer si l'événement répondait aux critères de notification. Enfin, une question signalée avec inquiétude dans certaines sous-régions était celle des limitations proposées sur l'imposition de mesures dépassant celles recommandées par le Règlement sanitaire international sur le transport des personnes et des marchandises, que certains pays considéraient comme une transgression de leur souveraineté nationale. Il était estimé essentiel de trouver le juste milieu entre les intérêts nationaux et les intérêts internationaux de sorte que les Réglementations internationales de la Santé auraient une fonction de code de conduite qui protégerait les pays contre la propagation de menaces à la santé publique internationale mais qui empêcherait également les restrictions inutiles ou excessives sur le voyage et le commerce.

165. Le Dr Carlos Vizzotti (Argentine, Vice-président du Sous-Comité de planification et programmation) a indiqué que le Sous-Comité avait exprimé son ferme soutien au processus de révision et avait félicité l'OPS de ses efforts pour assurer que les points de vue des gouvernements des Amériques étaient pris en compte. Le Sous-Comité a souligné que les Réglementations révisées devaient être flexibles mais devaient clarifier les conditions dans lesquelles il conviendrait d'imposer des restrictions sur les mouvements des être humains, des animaux ou des marchandises pour empêcher la propagation des maladies. Des inquiétudes avaient également été exprimées concernant la proposition de l'OMS d'utiliser un algorithme comme seul moyen de déterminer des événements méritant d'être notifiés, et il avait été suggéré que les Réglementations révisées devaient également exiger la notification d'une liste spécifique de maladies pouvant potentiellement créer des urgences en santé publique internationale. Le Sous-Comité a également mis en relief l'importance de la collaboration entre les pays et les régions en matière de détection et de réponse rapides aux flambées de maladies. La coopération technique entre les pays devait être considérée comme essentielle pour aider ceux qui pouvaient manquer de l'expertise ou des ressources humaines requises pour détecter les flambées de maladies et y répondre.

166. Le Comité exécutif a également exprimé sa ferme soutien à la révision des RIS, en notant que les Réglementations adoptées en 1951 étaient clairement insuffisantes dans le contexte actuel de migration internationale de volume élevé et rapide, des infections émergentes, et des menaces accrues de bioterrorisme. Comme le Sous-Comité, le Comité a souligné le besoin de Réglementations qui soient flexibles mais qui décrivaient clairement les pouvoirs et les conditions selon lesquels l'OMS pouvait recommander des restrictions sur les voyages ou les échanges commerciaux pour contenir la propagation de la maladie. Le Comité a également souligné l'importance de la participation active des États Membres au processus de révision et a loué l'OPS pour le rôle qu'elle avait joué pour faciliter cette participation. L'OMS et ses bureaux régionaux avaient été encouragés à continuer à jouer un rôle de leader dans la coordination de la consultation avec les pays afin de permettre l'adoption d'un jeu de Réglementations claires et équilibrées que tous les États Membres pourraient adopter avec enthousiasme et appliquer dans leur intégralité. Il a noté que les consultations sous-régionales tenues dans les Amériques avaient non seulement produit des apports utiles qui aideraient l'OMS à réviser le texte des Réglementations, mais qu'elles avaient également contribué à une meilleure compréhension entre les pays de la Région en ce qui concernait les enjeux et les opportunités de travailler ensemble en réponse aux urgences en santé publique d'importance internationale.

167. Les Délégués du Canada, des États-Unis et du Mexique ont indiqué qu'ils avaient estimé que la consultation sous-régionale nord-américaine avait été extrêmement instructive et utile. La réunion avait produit une excellente série de recommandations, dont certaines étaient mentionnées dans le document et avaient été soulignées par le Dr Libel dans sa présentation. Ils ont suggéré que la prochaine version du document

contienne un exposé plus détaillé des recommandations produites dans les différentes réunions sous-régionales. En particulier, il était estimé qu'il faudrait faire spécifiquement mention des recommandations de la consultation nord-américaine concernant l'inclusion d'une liste de maladies pouvant être notifiées.

168. Le Délégué des États-Unis a indiqué que son gouvernement restait convaincu que les Réglementations révisées devaient inclure une liste des maladies pouvant être notifiées en plus de l'algorithme. Les États-Unis appuyaient l'utilisation de l'algorithme pour identifier certaines urgences en santé publique d'importance internationale, en particulier si le terme était soigneusement défini, mais ils croyaient fortement que les Réglementations devaient également exiger la notification d'une liste de certaines maladies transmissibles graves dont le potentiel de créer ces urgences était connu. Son gouvernement estimait que la liste devrait être intégrée à l'algorithme, selon la recommandation faite lors de la consultation nord-américaine. La recommandation proposait des maladies spécifiques qui devraient être incluses dans la liste parce qu'elles tombaient dans une ou plusieurs catégories, notamment les maladies transmissibles qui pouvaient être propagées par la voie de gouttelettes ou d'aérosols et qui pouvaient mettre la vie en danger ou avoir des conséquences sévères, et des maladies à transmission vectorielle qui pouvaient être transmises à des pays non endémiques avec des vecteurs compatibles. Il a également noté que son pays avait soumis deux séries de commentaires écrits à l'OPS/OMS et avait demandé que le contenu du paragraphe 30 du document CE134/14 soit modifié pour tenir compte également du contenu de la deuxième soumission.

169. Le Délégué du Canada, observant que le document mentionnait que plusieurs pays initiaient un processus de réorganisation de leurs systèmes de surveillance pour aider à se préparer en cas de futures flambées de maladies, a suggéré que l'information du paragraphe 30 sur les efforts de son pays en la matière devrait être reformulé comme suit : « Tout de suite après la flambée de SARS au Canada, les autorités sanitaires ont fait dresser une analyse de la façon dont la situation était traitée, ce qui fonctionnait et ce qui ne fonctionnait pas. Le rapport recommandait le besoin d'une nouvelle agence de santé publique, et le Canada était maintenant activement engagé dans la planification et la conception de cette agence ». Il a noté qu'un point clé du document était que le cadre pour les RIS révisées signifiait que la meilleure façon de prévenir la propagation internationale de maladies consistait à les détecter et les contenir alors qu'elles étaient encore un problème local. Cela nécessitait un effort de collaboration entre les pays, et le Canada, en sa qualité de membre fondateur du Réseau mondial d'alerte et de réponse (GOARN) estimait que le GOARN représentait un excellent mécanisme pour rendre cette collaboration effective.

170. Le Délégué du Mexique a indiqué que son pays aussi appuyait fermement le processus de révision et avait formé un groupe interinstitutionnel dont la vocation

spécifique était de revoir la version provisoire du texte des Réglementations et de formuler la réponse du Mexique. Ce groupe, composé de représentants de différents ministères et agences du gouvernement, soumettrait d'autres commentaires dans les jours à suivre.

171. Le Représentant de la Banque interaméricaine de développement a dit qu'il avait noté avec préoccupation que l'une des questions critiques soulevées lors des consultations sous-régionales avait été le manque de capacité institutionnelle dans certains pays pour assumer les responsabilités qui incomberaient aux États Membres dans le cadre des Réglementations révisées. La BID considérait la prévention de la transmission internationale des maladies comme un bien public régional et l'assurance de la fourniture de biens publics régionaux était à présent un domaine prioritaire d'intérêt pour la Banque. En conséquence, la BID était prête à aider les pays à renforcer leur capacité institutionnelle nationale afin d'assurer qu'ils pourraient s'acquitter de leurs responsabilités dans le cadre des nouvelles Réglementations.

172. Le Dr Libel a remercié les délégués de leurs suggestions sur l'amélioration du document de l'OPS. Il avait pris note des changements spécifiques à apporter et veillerait à ce qu'ils soient incorporés dans la prochaine version du document. Il a assuré les États-Unis que leur recommandation concernant la liste des maladies serait incluse dans le rapport de l'OPS à l'OMS sur les résultats des consultations tenues dans la Région. Cette recommandation avait été longuement discutée lors de la réunion de la consultation nord-américaine, et il avait été remarqué qu'il y avait des avantages et des inconvénients à inclure une liste établie de maladies pouvant être notifiées dans les Réglementations. Il avait été convenu que si une liste devait être incluse, comme plusieurs pays le suggéraient, elle devrait être utilisée comme un filet de sécurité ou un rappel sur l'utilisation de l'algorithme. La liste servirait de moyen à assurer que les pays n'oubliaient pas que même un seul cas de certaines maladies constituait un problème de santé publique internationale.

173. La justification pour ne pas inclure une liste de maladies dans la version provisoire actuelle était que, tout d'abord, la conformité à la liste actuelle des maladies pouvant être notifiées n'était pas ce qu'elle devrait être. Les pays ne notifiaient pas toujours des cas des trois maladies sur la liste, même si cette notification était obligatoire dans le cadre des RIS actuelles. Ensuite, avec l'émergence et la résurgence d'agents pathogènes aussi nombreux au cours des 20 dernières années, il serait très difficile de maintenir une liste actualisée des maladies à inclure dans les Réglementations. Un autre désavantage de l'inclusion d'un groupe pré-établi de maladies était le besoin de confirmation du laboratoire avant qu'une flambée de maladie ne soit officiellement déclarée. Néanmoins, les recommandations qui avaient été le fruit de la consultation nord-américaine seraient définitivement soumises à la considération de l'OMS dans la prochaine version.

174. Il a remercié les États-Unis des commentaires très détaillés et suggestions qu'ils avaient soumis à l'OMS et l'OPS pour le processus de révision. Leurs soumissions ne

représentaient pas seulement le point de vue du secteur de la santé mais elles stipulaient clairement la position nationale de l'ensemble du gouvernement des États-Unis. Il a souligné l'importance d'inclure la perspective d'autres secteurs dans les commentaires des pays sur les Réglementations. Les États-Unis l'avaient fait, et le Mexique également. Lors de la consultation nord-américaine, le Mexique avait soulevé un point extrêmement important outre les cinq catégories de préoccupations qu'il avait mentionnées dans sa présentation, à savoir que le rôle des bureaux régionaux et des pays de l'OMS dans l'application des Réglementations devrait être clairement défini. L'opinion de l'OPS était que pour les États Membres dans les Amériques, les bureaux PWR devraient être le premier point de contact avec l'OMS. Ce point serait clarifié dans la prochaine version des Réglementations.

175. Il a remercié les gouvernements du Brésil, du Canada, des États-Unis et de la Grenade d'avoir accueilli les réunions sous-régionales, réunions que le Secrétariat estimait avoir été décidément très productives. Il a également remercié le Représentant de la BID de ses commentaires et a constaté avec satisfaction le désir de la Banque d'appuyer les pays dans le renforcement de leur infrastructure de surveillance en santé publique.

176. La Directrice a convenu que les consultations sous-régionales avaient été très productives et qu'elles s'étaient traduites par une solide contribution de la Région des Amériques. Toutefois, du point de vue du Secrétariat, une chose qui manquait encore dans le processus de consultation était l'implication suffisante d'autres secteurs et professions. Il y avait eu une certaine participation par des représentants d'autres secteurs dans les réunions sous-régionales, mais elle n'était pas suffisante. Au niveau national, dans la majorité des pays le processus de révision n'avait pas encore inclus jusqu'à présent la participation de tous les secteurs qui devaient être consultés. Il était essentiel que les opinions de l'agriculture, du commerce, des affaires étrangères, du tourisme et d'autres secteurs soient prises en compte, non seulement parce qu'ils seraient affectés par les nouvelles Réglementations, mais aussi parce qu'ils devraient intervenir dans le renforcement de l'infrastructure requise pour les exécuter et dans l'application même des Réglementations une fois qu'elles seraient adoptées.

177. La participation multidisciplinaire au processus de consultation était elle aussi essentielle. Les professionnels de la santé publique vétérinaire avaient été impliqués dans une certaine mesure, mais il fallait également pouvoir compter sur les conseils des environnementalistes, des toxicologues et d'une série d'autres professionnels. La raison en était que les Réglementations ne traitaient pas seulement que les agents infectieux. Les produits chimiques, les aliments et les médicaments par exemple, pourraient également constituer une menace internationale pour la santé publique, et il était crucial d'obtenir un apport des experts dans ces domaines. Par conséquent, l'OPS encourageait tous les pays à faire tous les efforts possibles pour assurer une participation multisectorielle et multidisciplinaire à leurs consultations futures sur les Réglementations. L'Organisation

avait également exhorté les États Membres à ne pas attendre la réunion du Groupe de travail intergouvernemental en novembre, mais de continuer à faire avancer le processus d'ici là. À cet égard, elle a mentionné que les discussions au sein du Groupe de travail sur l'OPS au 21^e siècle pourraient offrir une opportunité de consultation ultérieure sur les Réglementations, car l'un des thèmes examinés par ce groupe était les biens de santé publique régionaux.

178. Le Comité a demandé que le Secrétariat prenne note et transmette à l'OPS ses commentaires sur la révision des Réglementations internationales de la Santé.

Onzième programme général de travail de l'OMS (document CE134/15)

179. Le Dr Pascale Brudon (Responsable du Groupe spécial, programme général de travail, Département de planification, gestion des ressources et suivi de la performance, OMS) a présenté un aperçu des progrès sur la voie de la définition du 11^e programme général de travail. Elle a fait remarquer que le Sous-Comité de planification et programmation et le Comité exécutif étaient parmi les premiers organes régionaux à fournir des commentaires, et a indiqué que le Groupe spécial travaillant à la version provisoire du programme procédait actuellement à l'incorporation des commentaires du Sous-Comité dans le programme. Rappelant que l'Article 28 de la Constitution de l'OMS stipulait que l'Organisation devrait avoir un programme général de travail (GPW), elle a constaté que le programme actuel, qui s'achevait en 2005, était un document très bref, décrivant simplement le mandat, les directions stratégiques et les fonctions essentielles de l'OMS. Le Directeur général avait décidé que le prochain GPW serait un type de document très différent. Il devait être un plan tourné vers l'avenir, un plan qui essayait de comprendre le futur et de déterminer comment toutes les personnes concernées, travaillant ensemble, pourraient influencer ce futur. Une autre innovation était que le nouveau GPW couvrirait une période de dix ans, 2006-2015, sa fin coïncidant ainsi avec la date cible pour la réalisation des objectifs de développement de la Déclaration du Millénaire.

180. Le travail accompli jusqu'à présent sur le programme en était encore à un stade très préliminaire, avec de nombreux points encore ouverts, alors que l'OMS continuait à rechercher des apports auprès de tous les partenaires, dont le Comité exécutif. En attirant l'attention sur les grandes lignes du programme à l'Annexe I du document CE134/15, elle a indiqué que le programme général de travail jetterait un très large coup d'œil au monde et à la place qu'y occupait la santé, faisant apparaître les interactions entre la santé et l'agenda plus général du développement et réaffirmant le statut de la santé non seulement comme un moyen de développement mais aussi importante par elle-même. Étant donné qu'il était difficile de prédire en détail comment serait le monde dans dix ans, la deuxième partie du document décrirait différents scénarios et en mettant en avant les questions, deviendrait une feuille de route des différentes voies vers la santé, une qui présentait une série de directions stratégiques, comme l'avait suggéré le Sous-Comité de planification et

programmation en mars. Il serait une déclaration énergique de la direction et le rôle stratégiques de l’OMS, du Secrétariat, de ses États Membres et d’autres partenaires.

181. Le processus de développement du 11^e GPW avait offert une bonne opportunité d’examiner les scénarios potentiels afin de non seulement mieux comprendre le futur mais aussi d’aider à choisir et créer ce futur. Initialement, trois scénarios avaient été étudiés : un futur stable, raisonnablement prévisible; un futur avec un nombre de variations qui pouvaient simultanément offrir des opportunités et des défis, appelant à de nouveaux moyens de procéder, et un futur de changements radicaux dans l’environnement de la santé, pouvant être positifs ou négatifs. Cette approche avait été changée par la suite, en partie à cause de certains commentaires faits par le Sous-Comité de planification et programmation. Il semblait que le scénario radical envisagé n’était pas particulièrement irréaliste, ce qui avait fait qu’il avait fallu définir le défi comme un scénario visionnaire dans lequel la santé mondiale pouvait être façonnée en une image plus cohérente de l’avenir. En fonction des commentaires du Sous-Comité, il avait été convenu qu’après l’examen de ce à quoi pourrait ressembler le monde dans dix ans, le programme devrait stipuler les directions et options stratégiques, en vertu des principes et valeurs essentielles de l’OMS. Le résultat, il fallait le souhaiter, serait un chapitre solide qui fournirait des orientations sur la façon dont l’OMS pourrait influencer la santé mondiale.

182. Un autre chapitre clé examinerait le rôle de leadership de l’OMS et la façon dont l’OMS pouvait commencer maintenant à influencer l’avenir : Sous quelle forme et dans quels domaines ce leadership serait-il exprimé, et quelles capacités fallait-il développer à cette fin ? Comment l’OMS pouvait influencer les politiques du développement et quelles politiques pouvaient-elles être influencées ? Les attentes au niveau des pays par rapport à l’OMS constituaient une autre question : Qu’attendait-on de l’OMS, de quelles compétences et ressources avait-elle besoin pour répondre à ces attentes ? D’une manière générale, l’intention était de mieux définir ce que devrait être le rôle de l’OMS, de son Secrétariat, des États Membres et autres partenaires non traditionnels, et de déterminer la façon dont l’OMS et ses partenaires pouvaient travailler efficacement ensemble dans le cadre d’une série de principes essentiels, comprenant le partenariat, la durabilité et la redevabilité.

183. Le processus du développement du programme était aussi important que le résultat. Ce processus comporterait deux phases : une phase divergente et une phase convergente. La phase divergente, qui se poursuivrait jusqu’à la fin de 2004, serait consacrée à la collecte de l’information, des apports et des différents points de vue. Cette phase comporterait des consultations régionales et des études-pays, et il était prévu qu’elle serait caractérisée par une réflexion « ouverte ». Au cours de la phase convergente, l’information rassemblée serait alors intégrée dans un document final qui serait présenté au Conseil exécutif de l’OMS en janvier 2006 et ensuite à l’Assemblée mondiale de la Santé en mai de la même année.

184. Pour conclure, elle a réitéré que le GPW était encore un travail en progrès et insisté sur le fait que l'OMS attendait avec beaucoup d'intérêt de recevoir des apports additionnels des États Membres par le biais de consultations régionales et au niveau des pays. Cette coopération étroite entre le Siège de l'OMS et les régions contribuerait à faire progresser la tâche au cours des prochains mois.

185. Le Dr Carlos Vizzotti (Représentant du Sous-Comité de planification et programmation) a indiqué que le Sous-Comité avait discuté du 11^e programme général de travail lors de sa 38^e session en mars. Le Sous-Comité avait exprimé sa satisfaction sur l'intention de l'OMS d'assurer que les régions et les États Membres individuels auraient l'opportunité de fournir des apports alors que le programme était en cours de développement. Il avait souligné que les leçons tirées de programmes de travail antérieur devraient être appliquées à la planification du nouveau GPW, et que dans l'ensemble il devrait être fonction des observations faites et orienté par les données. Le Sous-Comité a reconnu que la préparation du 11^e GPW offrirait une opportunité unique d'évaluer l'évolution de la santé et d'identifier les enjeux futurs de la santé. Il était heureux à l'idée que le programme examinerait les interactions entre santé, pauvreté et développement, ainsi que l'impact des échanges commerciaux sur la santé et les impacts négatifs éventuels de la mondialisation sur la santé. Le Sous-Comité estimait que la première partie du document devrait se concentrer davantage sur les priorités, les directions stratégiques et les objectifs de l'OMS, en mettant en évidence son rôle, ses opportunités et son avantage comparatif. Il a également suggéré qu'il fallait accorder une plus grande attention aux opportunités et aux domaines clés dans lesquels l'OMS pourrait prendre la tête en marquant une différence, et qu'il fallait mettre davantage l'accent sur la coopération intersectorielle.

186. Le Comité exécutif a favorablement accueilli la présentation, en soutenant le point de vue que le programme général de travail offrait une opportunité unique d'évaluer les tendances dans le domaine de la santé et identifier les mesures que devait prendre la communauté internationale afin de réaliser les objectifs de développement de la Déclaration du Millénaire des Nations Unies. Notant qu'un plan sur une période aussi longue que dix ans pourrait être un échec désastreux s'il était établi sur la base d'hypothèses traditionnelles, le Comité a encouragé l'usage de différents futurs ou scénarios, chacun d'entre eux avec ses propres difficultés et son propre potentiel. Il était satisfait des améliorations au document depuis la réunion du Sous-Comité de planification et programmation. Le Comité a exprimé son appréciation pour l'expansion de la Partie II du document et l'inclusion d'une nouvelle Partie III, qui tentait de mieux définir les priorités, les directions stratégiques et les objectifs de l'OMS, et de mettre clairement en évidence son rôle, ses opportunités et son avantage comparatif. Le document pourrait être encore amélioré en y ajoutant davantage d'information et une vision plus claire du travail futur de l'OMS avec les États Membres et une articulation du rôle de l'OMS dans le contexte global plus vaste de la santé publique. Le Comité était heureux en particulier de

voir que les « défis clés » étaient maintenant présentés dans un contexte positif plutôt que négatif, ciblant les domaines dans lesquels l'OMS et les États Membres pouvaient améliorer les résultats de la santé et les systèmes de santé. Il a fait part de son intérêt sur la façon dont le 11^e programme général de travail serait lié au programme et au budget correspondants à la période 2006-2007.

187. Le Comité a souligné l'importance cruciale d'une composante de suivi et évaluation. En particulier, il fallait examiner la façon dont l'évaluation du GPW actuel contribuerait au développement du nouveau programme. Le Comité exécutif, exprimant son appréciation concernant le processus participatif et consultatif utilisé pour développer le GPW, a prié instamment que le programme soit basé sur les observations et orienté par les données et a souligné qu'il devrait proposer des actions qui soient mesurables non seulement par l'OMS elle-même mais aussi par ses États Membres. Il a suggéré qu'il pourrait être utile pour le Groupe spécial préparant le GPW de se consulter avec le Groupe de travail sur l'OPS au 21^e siècle.

188. Le Dr Brudon a remercié le Comité exécutif de ses commentaires qui seraient très utiles au Groupe spécial car ils faisaient progresser le document. Elle a convenu qu'il fallait accorder une plus grande attention au suivi et à l'évaluation et a indiqué que ce commentaire serait incorporé. De plus, il était prévu d'entreprendre une évaluation du programme général de travail actuel. Au vu de la difficulté à assurer que le travail planifié maintenant serait encore pertinent dans dix ans, il pourrait être approprié d'évaluer le GPW une fois qu'il aura été opérationnel depuis cinq ans.

189. Elle a convenu que le GPW devrait offrir son assistance pour mesurer les progrès accomplis sur la voie de la réalisation des objectifs de la Déclaration du Millénaire et qu'il devrait entreprendre des actions qui soient mesurables par l'OMS et par les États Membres. Elle a accueilli favorablement l'idée d'une coopération étroite avec le Groupe de travail sur l'OPS au 21^e siècle, qui pourrait s'avérer mutuellement bénéfique puisque les deux organisations sont aux prises avec des problèmes principaux similaires, et a indiqué qu'il faudrait établir un mécanisme pour formaliser cette coopération. Étant donné que les expériences des pays représentaient une contribution précieuse, l'OMS souhaitait également proposer un mécanisme dans un avenir proche qui permettrait de rassembler ces expériences. En passant à la question de l'interaction entre le programme général de travail et le budget et programme correspondants à la période 2006-2007, elle a expliqué que le souhait était d'introduire certaines des idées préliminaires sur le GPW dans le prochain budget-programme, mais que ceci serait fait de façon plus intensive pour le cycle du budget correspondant à la période 2008-2009.

190. La Directrice a accueilli avec satisfaction l'approche prise par l'OMS dans le développement de son programme de travail, et en particulier son désir d'obtenir des apports des régions. Cette coopération étroite serait bénéfique pour toutes les personnes

concernées. Elle a réaffirmé l'engagement des Amériques au processus de développement du GPW, en faisant remarquer que six pays de la Région étaient membres du Conseil exécutif de l'OMS et avaient donc ainsi une opportunité d'être étroitement associés à la création du programme. Elle a également indiqué que les responsables de la planification et les responsables financiers de toutes les régions s'étaient récemment réunis au Siège de l'OPS avec leurs homologues du Siège de l'OMS. Les participants aux réunions avaient travaillé en grande harmonie à la préparation des cadres de planification stratégique, à l'établissement des budgets pour la prochaine période biennale, en alignant les programmes et les priorités sur le plan mondial et régional, et en allouant les ressources entre les différentes régions.

191. Notant avec regret qu'elle devait s'absenter pour une partie des délibérations de l'après-midi suivant, elle a expliqué qu'elle avait été priée de faire une présentation au Conseil permanent de l'Organisation des États américains sur la collaboration future au sein du système interaméricain et sur son renforcement. Tout autant qu'il était souhaitable qu'il existe une collaboration solide entre les organes du système interaméricain, il était tout aussi bénéfique qu'il y ait une collaboration étroite entre l'OMS et ses régions.

192. Le Comité exécutif a pris note du rapport et a prié le Dr Brudon de transmettre ses commentaires au Groupe spécial.

Évaluation décennale de l'Initiative régionale des données sanitaires de base (document CE134/16)

193. Le Dr Enrique Loyola (Epidémiologiste, Systèmes d'analyse et d'information sanitaires, OPS) a fait état de l'évaluation décennale de l'Initiative régionale des données sanitaires, en notant que certains des commentaires et des suggestions du Sous-Comité de planification et programmation avaient été incorporés dans la présentation actuelle. Il a commencé en expliquant que les données sanitaires de base représentaient un ensemble minimum de l'information requise pour caractériser une situation sanitaire. Elles n'avaient pas l'intention d'être exhaustives, mais d'être le jeu minimum d'indicateurs importants servant à tout le moins à cerner la zone géographique et le problème sanitaire spécifique en question. Les données de base comprenaient actuellement 117 indicateurs, certains d'entre eux étant désagrégés par âge et par sexe afin de considérer et d'identifier les groupes les plus vulnérables.

194. Les objectifs spécifiques de l'Initiative régionale des données sanitaires de base (IRDSB) étaient d'orienter la conduites des politiques et stratégies; de faciliter l'établissement des priorités d'action dans le secteur de la santé; d'améliorer l'évaluation et l'ajustement de la coopération technique dans chacun des pays et des programmes; d'assister les pays à préparer des stratégies d'investissement ou de programmes spéciaux axés sur le développement de politiques ou de services de santé, ainsi que sur la

prévention et le contrôle de problèmes sanitaires spécifiques; de faciliter la mobilisation de ressources financières; d'orienter la définition des priorités de la recherche; et de divulguer périodiquement des rapports sur les tendances de la situation sanitaire dans chacun des pays et dans la Région prise dans son ensemble.

195. L'année 2004 verrait la 10^e édition de la publication « Santé dans les Amériques : Indicateurs de base ». La publication a été utilisée par tous les pays pour les aider à améliorer la désagrégation de leurs données, et une tentative était maintenant en cours pour inclure un plus grand nombre d'indicateurs offrant une désagrégation par âge et par sexe. Afin de faciliter l'accès aux données, en 1997 l'OPS avait préparé un système informatisé de générateur de tableaux qui permettaient le suivi des indicateurs sanitaires de base et leur accès. Avec le système, les données pouvaient être analysées sur le temps ou par distribution géographique. Pour donner une image globale des données, l'OPS avait préparé l'Atlas régional des indicateurs des données sanitaires de base. À présent, il couvrait les 57 indicateurs contenus dans la brochure des « Indicateurs de base », mais des efforts étaient en cours pour apporter une information sur des indicateurs supplémentaires et donner également une plus grande mesure de désagrégation.

196. Une enquête avait été réalisée entre décembre 2003 et janvier 2004, dont les deux objectifs étaient d'évaluer l'impact de l'IRDSB et de déterminer la façon dont elle pouvait être améliorée. Trente-sept des 48 pays de la Région y avaient répondu, dont 30 indiquaient qu'ils disposaient d'une initiative nationale de données essentielles, avec des groupes nationaux participant activement à son élaboration et sa mise à jour. Seize pays utilisaient l'IRDSB pour mesurer ou identifier les inégalités en santé, et 21 pour identifier les besoins sanitaires et établir les priorités. L'initiative était également utilisée pour l'évaluation des programmes et à d'autres fins. Dix-sept des 30 pays indiquaient qu'ils coordonnaient leurs efforts de suivi de l'IRDSB avec le suivi des progrès sur la voie des objectifs de développement de la Déclaration du Millénaire des Nations Unies.

197. Actuellement, 24 pays produisaient une série systématique d'indicateurs. Certains d'entre eux, comme l'Argentine ou Cuba, avaient commencé en 1996 et continué tout du long jusqu'à 2003. D'autres pays disposaient de données moins complètes, mais eux aussi commençaient à produire l'information sur une base de plus en plus systématique. En termes des produits dérivant de l'Initiative, 24 pays avaient déjà des brochures, des prospectus ou d'autres articles similaires publiant leurs indicateurs et leurs données. Plusieurs d'entre eux produisaient l'information en version électronique ou par CD, et 14 pays avaient des pages web indiquant les indicateurs et les données. Un pays avait un générateur de tableaux sur un site web, alors que sept autres pays avaient adopté d'autres approches. En ce qui concernait l'état complet des bases de données, malgré dix années de collecte de données, il y avait encore beaucoup à faire. Certains pays avaient révélé différents niveaux de fiabilité de l'information, alors que l'utilisation de sources secondaires soulevait des questions de comparabilité. Dans quelques cas, il y avait des

lacunes dans les données pour certains indicateurs se rapportant à des pays spécifiques. Notamment les données sur la mortalité étaient particulièrement insuffisantes, toutefois, grâce à un effort majeur de programmation, cette situation devrait s'améliorer sous peu.

198. En abordant le sujet de la relation entre les Objectifs de développement pour le Millénaire et les données sanitaires de base, il a souligné que sur les 18 indicateurs liés à la santé devant faire l'objet d'un suivi dans les objectifs de développement, 12 se trouvaient déjà dans la base de données sanitaires régionale. D'une manière générale, les données étaient disponibles pour 60 à 70% de ces 12 indicateurs pour la période 2000-2003. Un objectif majeur de l'Initiative consistait à identifier les inégalités en santé se produisant dans les pays et y remédier, et l'OPS utiliserait des outils et des méthodes de cartographie pour les analyser.

199. Les recommandations et suggestions d'amélioration faites par les pays ayant participé à l'enquête, comprenaient le besoin de faciliter l'exécution et le maintien des données sanitaires de base régionales, de faciliter l'accès au partage des systèmes nationaux d'information sanitaire, et d'améliorer le flux de l'information entre les pays et les bureaux de l'OPS, ainsi que des moyens pour réaliser une promotion et dissémination plus grandes sur l'Initiative au sein des ministères de la santé. Les mécanismes et instruments opérationnels qui avaient été suggérés comme des moyens d'améliorer l'Initiative régionale des données sanitaires de base, à la fois au niveau régional et aux niveaux nationaux, comprenaient la création d'une commission générale de coordination pour faciliter la gestion politique et administrative des initiatives; des groupes de travail inter-agences pour assumer les responsabilités de coordination technique; des comités techniques interdisciplinaires pour faciliter et identifier l'analyse méthodologique et opérationnelle; l'identification d'un secrétariat technique pour définir le processus et assurer le suivi; l'établissement de séries communes de données et d'indicateurs; et la facilitation d'un système d'information pouvant être utilisé en commun. Certaines de ces initiatives nécessiteraient la participation d'instituts statistiques nationaux, d'universités, de groupes de travail inter-pays, de sociétés professionnelles et d'autres encore.

200. Le Dr Carlos Vizzotti (Argentine, Vice-président du Sous-Comité de planification et programmation) a indiqué que le Sous-Comité avait également discuté l'IRDSB lors de sa session de mars. Le Sous-Comité avait souligné qu'une plus grande désagrégation des données était souhaitable, par groupes spécifiques de population, en particulier les populations marginalisées telles que les personnes âgées, les populations autochtones et les enfants. Il avait également attiré l'attention sur l'importance de l'analyse du genre dans l'étude des inégalités sociales. Le Sous-Comité avait estimé qu'il serait utile de voir une liste des indicateurs recommandés aux États Membres, ainsi que la documentation technique sous-tendant le développement de la série d'indicateurs de l'OPS. Il avait suggéré que le document bénéficierait d'une présentation plus détaillée de la disponibilité des données de base entre les pays et la Région, avec une discussion des niveaux de

participation à l'Initiative des pays individuels. Il avait également suggéré d'ajouter une analyse plus détaillée des ressources humaines et financières existantes, ainsi qu'une projection des besoins. En outre, les Membres avaient estimé que le document devrait contenir davantage d'information sur l'utilité de l'Initiative pour les États Membres—par exemple, la mesure dans laquelle elle contribuait à la planification et à l'établissement des politiques des ministères de la santé.

201. Le Comité exécutif a exprimé son appréciation de la présentation très détaillée ainsi que des efforts de l'OPS pour promouvoir la collecte systématique de données sanitaires uniformes dans la Région. La coopération technique du Secrétariat avec les États Membres avait permis une utilisation meilleure et plus pratique des données pour la planification de la santé et un meilleur suivi des programmes de santé. Des données rigoureuses constituaient un élément clé des prises de décision et du développement des politiques, en fournissant la base des renseignements nécessaires pour une action destinée à améliorer la santé dans les Amériques. Des données rigoureuses étaient également nécessaires pour suivre les inégalités en santé et mesurer les progrès accomplis sur la voie des objectifs nationaux et internationaux de la santé. Le Comité a applaudi les modifications apportées au document depuis la session de mars du Sous-Comité de planification et programmation, en particulier l'inclusion des annexes et des références. Le Comité a également exprimé son soutien aux diverses suggestions avancées dans le document pour renforcer l'Initiative à l'avenir, et attendait avec intérêt des propositions pratiques sur la façon de faire de ces suggestions une réalité.

202. Des délégués ont estimé que la section « Perspectives et enjeux » du document n'abordait pas pleinement les enjeux de la tâche à accomplir. Ce qu'il fallait selon eux, c'était une discussion plus approfondie des raisons du manque de données pour certains indicateurs, en particulier ceux concernant la mortalité, notamment pour l'Amérique du Nord. Du fait qu'il continuait à y avoir un décalage dans la collecte et l'analyse de données portant sur les populations vulnérables, une discussion serait bienvenue sur les modèles et initiatives réussis et les approches viables pour améliorer la situation.

203. Le Délégué du Canada était heureux de voir une inclusion dans le document d'un exemple de l'utilisation en cours des données sanitaires dans la formulation des politiques et la programmation du Canada. Health Canada, Statistics Canada et l'Institut canadien pour l'information en santé travaillaient en étroite collaboration à la fourniture coordonnée de données sanitaires à l'OPS pour sa publication annuelle de données de base. La Déléguée du Costa Rica a noté que le succès de l'Initiative dans son pays avait incité divers autres secteurs gouvernementaux, tels que l'environnement et la justice, à étudier la possibilité de créer des systèmes d'indicateurs similaires dans leurs domaines d'intérêt.

204. Le Comité a exprimé sa déception sur le fait que le document ne comportait pas d'information sur l'utilisation des ressources budgétaires et humaines pour l'Initiative. Il

estimait que le document devrait comporter des informations sur les niveaux actuels de financement pour l'Initiative, couvrant à la fois le financement budgétaire et extrabudgétaire, ainsi que les projections futures de financement. L'information fournie à l'Annexe C était considérée utile, mais il fallait clarifier certaines des valeurs données. Le Représentant de la Banque interaméricaine de développement a suggéré qu'il pourrait être utile d'inclure davantage de données sur les coûts des médicaments essentiels, qui, dans les familles à faibles revenus dans la Région, représentaient environ 70% des dépenses liées à la santé.

205. Répondant aux commentaires concernant le manque de données pour certains indicateurs, le Dr Loyola a fait remarquer que le tableau de l'Annexe C du document CE134/16 donnait le nombre d'indicateurs par catégorie, multiplié par le nombre d'années. Plusieurs facteurs expliquaient les insuffisances dans les données. La plupart des indicateurs socioéconomiques provenaient des estimations de la Banque mondiale, dans lesquelles certains indicateurs n'étaient pas déterminés pour les États-Unis ou le Canada, tels que la distribution du revenu. Les indicateurs sur l'alphabétisation provenaient de l'UNESCO, mais eux non plus ne comprenaient pas de chiffres pour les États-Unis. Dans le domaine spécifique de la mortalité, il y avait eu dans le passé des difficultés dans le traitement des données au sein de l'OPS pour réaliser la désagrégation complète requise par âge et par sexe. La base de données était actuellement en train d'être actualisée et elle devrait faire état d'une amélioration importante d'ici la période à laquelle se réunirait le Conseil directeur.

206. Le Secrétariat s'efforçait de limiter les demandes qu'il faisait aux pays de fournir des données, ce qui était la raison de l'utilisation de sources secondaires de données, mais un effort particulier était fait pour tenir compte des pays qui souhaitaient fournir des informations supplémentaires qui n'étaient pas saisies dans les sources secondaires. Pour la prochaine itération du système de données sanitaires de base, il était prévu de diffuser les données provisoires pendant quelques semaines pour permettre aux pays de les revoir et de les étoffer selon les besoins avant de les incorporer dans le système sous leur forme finale. En outre, le Secrétariat travaillait avec les bureaux de l'OPS/OMS dans les pays afin de leur faire prendre un rôle plus actif dans la collecte des données.

207. La question sur le financement serait relativement facile à répondre dans le cas spécifique d'activités d'analyses et de systèmes d'information en santé, mais du fait que l'IRDSB impliquait également d'autres unités techniques et bureaux, il faudrait y accorder plus de travail. Il s'engageait à essayer d'avoir l'information disponible pour le Conseil directeur. Tout en convenant que l'information sur les coûts des médicaments essentiels était une préoccupation importante pour l'OPS, il a estimé qu'il s'agissait là d'une question qui devrait être traitée de façon plus appropriée dans le domaine des comptes nationaux de la santé.

208. La Directrice a ajouté qu'une composante importante de l'Initiative régionale des données sanitaires de base était son groupe interprogrammatique dont la fonction consistait à s'efforcer de détecter les besoins futurs de données tout en empêchant dans le même temps que la liste des indicateurs ne devienne trop vaste. Au vu de l'effort impliqué dans l'obtention des données actuellement requises et dans la collecte de ces données sur une base détaillée, des ajoutes à la liste des indicateurs n'étaient pas une chose qui pouvait être entreprise à la légère. Dans la sélection de ces nouveaux indicateurs, il était essentiel d'assurer que la priorité soit donnée à ceux qui présentaient un intérêt spécifique pour le secteur de la santé ou qui étaient générés dans le secteur de la santé, en fonction essentiellement de leur importance pour la détermination des politiques et des priorités et l'allocation des ressources.

209. Une des activités les plus prometteuses actuellement en cours était l'effort consistant à assurer que les divers systèmes d'information étaient en mesure de dialoguer entre eux, ce qui permettait d'extraire les indicateurs qui avaient de l'importance pour les actions en santé publique. Comme il avait été dénoté, il arrivait souvent que l'image d'ensemble de l'information provenait de nombreux endroits différents. Cela s'était produit par exemple dans le cas de la Journée mondiale de la Santé ayant pris pour thème la sécurité routière. Dans ce cas-là, il était clair que le secteur de la santé ne détenait qu'une petite portion des données pertinentes, une portion qui n'était pas suffisante pour expliquer le phénomène des accidents de la route ou pour formuler les interventions nécessaires pour les empêcher, mais qui avait au moins rendu possible d'attirer l'attention sur l'ampleur du problème en tant qu'un problème de la santé publique.

210. Outre le groupe interprogrammatique, divers mécanismes étaient en place pour renforcer la collecte de données, et les pays eux-mêmes intensifiaient la coordination entre leurs différentes entités nationales génératrices de données. Certains des indicateurs devaient être retouchés, parce qu'ils faisaient partie du suivi pour les objectifs de la Déclaration du Millénaire, notamment l'accès aux médicaments, l'eau potable et l'assainissement, les populations vulnérables et d'autres. L'OPS saisissait l'information requise comme une priorité car l'Organisation était fermement engagée à la réalisation des objectifs.

211. Le Comité a pris note du rapport sur l'évaluation décennale de l'Initiative régionale des données sanitaires de base mais n'a pas jugé nécessaire d'adopter une résolution sur ce point de l'ordre du jour.

Questions administratives et financières

Rapport sur le recouvrement des contributions (document CE134/18 et CE134/18, Add. I) et stratégie pour accroître le recouvrement des contributions (document CE134/17)

212. Le Comité exécutif a décidé d'examiner ensemble les deux points concernant le recouvrement des contributions. Tout d'abord, le Comité a écouté le rapport de Madame Linda Kinzios (Fonctionnaire financier, Domaine de la gestion et du compte rendu financiers, OPS) sur le recouvrement des contributions et le statut des pays potentiellement assujettis à l'application de l'Article 6.B de la Constitution de l'OPS. Ensuite, Madame Sharon Frahler (Responsable, Domaine de la gestion et du compte rendu financiers, OPS) a informé le Comité des initiatives en cours d'exécution par la Directrice pour accroître le recouvrement des contributions en réponse aux préoccupations exprimées par les États Membres lors du 44^e Conseil directeur.

213. Madame Kinzios a indiqué qu'en date du 31 décembre 2003, le recouvrement des contributions s'élevait à un total de \$81,4 millions, dont \$64,2 millions représentaient le paiement des contributions de 2003 et \$17,2 millions se rapportaient aux années précédentes. Ceci représentait un recouvrement de 71% des contributions de l'année actuelle et de 35% des arriérés, et un recouvrement d'ensemble de 77% correspondant à la période 2002-2003, chiffre qui soutenait la comparaison avec les périodes biennales antérieures. L'information détaillée sur les paiements reçus des contributions des États Membres et les dates de paiement était incluse à l'Annexe A du document CE134/18. En date du 1^{er} janvier 2004, le total des arriérés pour les années précédentes à 2004 s'élevait à \$58,2 millions. L'augmentation des arriérés était largement imputable aux difficultés économiques sévères impactant plusieurs États Membres en 2002 et 2003, dont une déstabilisation importante des monnaies nationales en Argentine, au Brésil, en Uruguay et au Venezuela. Les paiements des arriérés reçus entre le 1^{er} janvier et le 14 juin 2004 s'élevaient à \$16,7 millions, soit 29% de ce total, réduisant ces arriérés à \$41,5 millions, comparé à \$39,7 millions et \$30,6 millions en arriérés lors d'époques correspondantes en 2003 et 2002, respectivement.

214. Le recouvrement des contributions de 2004 s'élevait à \$21,1 millions en date du 14 juin 2004. Onze États Membres avaient versé leurs contributions de 2004 dans leur intégralité, quatre avaient effectué des paiements partiels, et 24 n'avaient fait aucun paiement. Le recouvrement représentait 23% des contributions de l'année actuelle, et les chiffres correspondants étaient de 23% en 2003, 33% en 2002 et 32% en 2001. pris ensemble, le recouvrement des arriérés et les contributions de l'année actuelle en 2004 s'élevaient à un total de \$37,8 millions, comparé à \$30,5 millions en 2003, \$48,3 millions en 2002 et \$61,5 millions en 2001. Une information détaillée sur les paiements reçus et l'application de ces paiements se trouvait en Annexe B du document CE134/18.

215. Comme les Membres de l'ignoraient pas, l'Article 6.B de la Constitution de l'OPS stipulait la suspension du droit de vote si à la date de l'ouverture du Conseil directeur un pays avait un arriéré dépassant le paiement des contributions de deux années entières. Les États Membres assujettis à l'application de l'Article 6.B actuellement étaient l'Argentine, Cuba, le Paraguay, la République dominicaine et le Suriname. L'Argentine devait un total de \$24,6 millions, dont \$12 millions concernant l'année 2001 et des années antérieures. En 2003, le Secrétariat avait négocié un nouveau plan de paiement différé avec le Gouvernement avec un paiement requis de \$3,5 millions en 2003, qui devait être effectué avant le 15 septembre 2003. En 2004, l'Argentine devait effectuer des paiements d'un total de \$5 millions. Jusqu'à présent, l'Organisation avait reçu des paiements pour un total de \$1,1 million. L'Organisation aurait à recevoir le solde des paiements dus au titre du plan au 15 septembre 2004 pour que l'Argentine soit considérée conforme à son plan approuvé.

216. Cuba devait \$1,9 million, dont environ \$44 000 s'appliquaient à 2001. À la fin de 2003, le Secrétariat avait négocié un nouveau plan de paiement différé sur cinq ans, le Gouvernement commençant avec un paiement requis de \$1,0 million en 2004, ainsi que le solde de \$63 000 pour 2003 dans le cadre du plan antérieur. À ce jour, l'Organisation avait reçu des paiements pour un total de \$315 000. Cuba effectuait donc des paiements sur ses arriérés et était en conformité avec son plan de paiement différé.

217. Le Paraguay devait environ \$525 000, dont environ \$63 000 s'appliquaient à 2001. Le Paraguay n'avait effectué aucun paiement en 2004. Un paiement minimum de \$62 754 était requis avant l'ouverture du 45^e Conseil directeur.

218. La République dominicaine devait environ \$478 000, dont \$16 000 s'appliquaient à 2001. Le plan de paiement différé approuvé par le Secrétariat en 2001 stipulait que la République dominicaine devait payer \$197 500 en 2003. L'Organisation avait reçu \$193 103, laissant un solde dû de \$4 957 imputable aux fluctuations du taux de change. Conformément au plan, le Gouvernement devait payer \$207 500 en 2004. Donc le montant total dû en 2004 était de \$212 457. La République dominicaine n'avait jusqu'à présent effectué aucun paiement en 2004, et devait donc payer au moins \$4 957 avant l'ouverture du 45^e Conseil directeur et \$207 500 avant la fin de 2004 pour respecter ses obligations au titre du plan de paiement.

219. Le Suriname devait environ \$282 000, dont environ \$102 000 se rapportant à 2001 et des années antérieures. Le Secrétariat avait négocié un plan de paiement différé en 2003 qui stipulait que le Suriname paierait \$10 000 en 2003. L'Organisation avait reçu le paiement de 10 000 en janvier 2004. En conformité avec le plan, le Suriname devait payer un montant supplémentaire de \$70 000 en 2004.

220. Madame Frahler a indiqué que l'OPS'était engagée à améliorer le recouvrement et qu'à cette fin, la Directrice avait institué plusieurs stratégies. La plus visible de ces stratégies était l'inclusion du rapport « Contributions dues par les États Membres » sur le site Internet et sur l'Intranet de l'OPS. Le Secrétariat était heureux de noter les réactions positives qu'il avait reçues à propos de cette initiative et était résolu à mettre à jour le site aussi souvent que nécessaire pour assurer que l'information soit actuelle et utile.

221. Au cours de l'année précédente, la Directrice avait demandé que les Représentants de l'OPS/OMS dans les pays et les directeurs des centres régionaux l'aident à définir des stratégies additionnelles qui aideraient à accroître le recouvrement des contributions. De nombreux représentants avaient répondu que leurs gouvernements hôtes apprécieraient la possibilité d'effectuer les paiements de leurs contributions à l'OPS en monnaie locale. La raison en était que parfois, les ministères de la santé avaient les fonds nécessaires alloués à leur budget, mais le paiement était retardé en raison des contrôles du taux de change et d'autres dispositions internes. L'OPS pourrait être assurée de paiements plus ponctuels de la part de certains de ses États Membres. Cette option pourrait également encourager et faciliter le paiement des arriérés par des États Membres subissant une période de stress économique grave.

222. L'inclusion d'une source supplémentaire de monnaie locale dans les options de financement des bureaux des pays réduirait également les coûts de transaction apparentés à la vente périodique de dollars des États-Unis sur le marché local. Alors que le Secrétariat et les Représentants de l'OPS/OMS dans les pays avaient assuré que ces transactions étaient faites à des conditions de crédit et de change très avantageuses, il restait que des coûts importants étaient impliqués, notamment les frais de transaction, les différences du taux de change et les commissions.

223. Les Nations Unies et plusieurs de leurs agences spécialisées, dont l'OMS, avaient actuellement permis le paiement des contributions en monnaie locale. Le Secrétariat avait discuté de ce thème avec des collègues d'organisations sœurs afin d'évaluer les risques inhérents et de déterminer la politique appropriée en ce qui concernait la gestion de sources supplémentaires de monnaie locale au niveau des bureaux de pays. Afin d'atténuer tout risque de fluctuation du taux de change, les États Membres seraient requis de demander l'approbation anticipée du Secrétariat avant d'effectuer le paiement de leurs contributions en monnaie locale. Le Domaine de la gestion et du compte rendu financiers avait maintenu des statistiques sur les achats mensuels de monnaie locale et du total des décaissements par bureau de pays, ce qui permettait à l'Unité du Trésor d'évaluer la capacité d'absorption du bureau en ce qui concernait la demande de cette approbation. Conformément à la politique en vigueur de l'OPS, tous les fonds en monnaie locale reçus en excès de la capacité d'absorption du bureau de pays au cours des 30 jours qui suivaient, devaient être transférés à un bureau local des Nations Unies ou vendus et transférés au compte en dollars du Secrétariat à Washington. L'État Membre serait crédité de la contre-

valeur en dollars de la monnaie locale reçue et absorbée dans le pays, en utilisant le taux de change opérationnel des Nations Unies en vigueur à l'époque. Tous les fonds qui devaient être transférés au compte du Siège de l'Organisation seraient crédités au taux de change du marché reçu par le Secrétariat.

224. Un amendement aux Règles financières serait requis pour permettre le paiement des contributions en monnaie locale. Cet amendement, qui avait été préparé à l'aide des Règles de l'OMS comme guide, avait été incorporé dans le document CE134/17 pour être examiné par le Conseil exécutif. Les Règles révisées stipuleraient que la Directrice détermine les monnaies de paiement acceptables pour les contributions. De plus une nouvelle Règle serait requise, qui stipulerait que les paiements en monnaies locales seraient crédités aux comptes des Membres au taux de change des Nations Unies, sauf quand la conversion de monnaies en excès était réputée signifier une gestion financière prudente, auquel cas le taux de change du marché serait appliqué.

225. La Directrice avait également mis en œuvre plusieurs autres stratégies, dont l'encouragement à des paiements par versements échelonnés sur la période de deux ans pour les États Membres ayant des difficultés à payer en une seule fois leur contribution annuelle et l'encouragement à des discussions sur les contributions par les cadres supérieurs de l'OPS à tous les niveaux et à toutes les occasions. Son message à tous les responsables de l'OPS était que l'assurance du paiement intégral et sans délai des contributions des États Membres faisait partie intégrante des responsabilités de tous les responsables de haut niveau dans l'ensemble de l'Organisation.

226. L'Honorable Jerome X. Walcott (Barbade, Président du Sous-Comité de planification et programmation) a indiqué que le Sous-Comité avait été informé en mars par Madame Frahler des efforts accomplis pour accroître le recouvrement des contributions. Le Sous-Comité avait fait remarqué que certains pays avaient des exercices budgétaires différents des années civiles. Plusieurs de ces exercices budgétaires commençaient en avril, ce qui pouvait aider à faire comprendre pourquoi les chiffres du mois de mars indiquaient un recouvrement aussi faible pour l'année 2004. D'autres questions avaient été posées sur plusieurs points, notamment les raisons pour permettre le paiement en monnaie locale et les mesures envisagées pour se prémunir contre les risques du taux de change. Madame Frahler avait donné au Sous-Comité la même explication qu'elle venait de répéter au Comité exécutif, à savoir que l'intention était de parer au problème qui se produisait dans certains pays entre le ministère de la santé et le ministère du trésor chargé d'acheter des dollars des États-Unis.

227. Le Comité exécutif a remercié de la présentation, en félicitant la Directrice et le Secrétariat des efforts accomplis pour accroître le recouvrement des contributions. Notant que l'OMS permettait le paiement des contributions en monnaie locale, le Comité était de l'avis que l'OPS en fasse de même, à condition que soient mis en place des contrôles

appropriés contre le risque du taux de change, ce qui semblait être le cas. Le Comité a noté toutefois que les Règles financières de l'OMS avaient des stipulations supplémentaires sur les conditions dans lesquelles les contributions en monnaie locale pouvaient être acceptées, et il espérait que la même disposition serait adoptée à l'OPS.

228. Le Comité exécutif a enjoint tous les pays à s'acquitter de leurs contributions de façon intégrale et ponctuelle, en notant qu'on ne pouvait s'attendre de l'Organisation qu'elle s'acquitte de son mandat consistant à améliorer la santé des populations des Amériques si les États Membres ne respectaient pas également leurs responsabilités. Les Membres ont estimé que les innovations apportées aideraient les États Membres en proie à de grandes difficultés à s'acquitter de leurs obligations et de rembourser leurs arriérés.

229. En réponse aux remarques concernant les conditions dans lesquelles les monnaies locales seraient acceptées, Madame Frahler a expliqué la distinction entre les Règles financières, qui constituaient la gouvernance globale des transactions financières de l'Organisation, et le Règlement financier qui régissait son travail quotidien. Les conditions détaillées d'acceptation de la monnaie locale seraient incluses dans le Règlement financier. Si les Organes directeurs approuvaient la résolution actuellement proposée, qui préconisait un amendement aux Règles financières, le Secrétariat préparerait alors une autre résolution sur le Règlement financier, qui serait présentée à la session du Comité exécutif qui serait tenue immédiatement après la réunion du Conseil directeur en septembre 2004.

230. La Directrice a indiqué que le recouvrement des contributions était naturellement un thème de la plus grande priorité pour l'OPS. La réalisation d'un recouvrement élevé des contributions était une entreprise de coopération, une entreprise dans laquelle toutes les autorités de l'OPS devaient avoir des discussions avec de nombreuses branches des gouvernements dans les États Membres. Dans de nombreux pays, la question des contributions à l'OPS ne relevait pas seulement de la responsabilité du ministère de la santé, mais elle pouvait impliquer les ministères chargés du budget ou de la planification financière ou même des relations extérieures. De plus, les procédures différaient parfois, selon qu'il s'agissait de l'évaluation de l'année en cours ou des arriérés. Les bureaux de pays de l'OPS avaient beaucoup aidé les départements financiers du Siège en déterminant et communiquant les différentes procédures des pays concernant la formulation, l'approbation et le déblocage des fonds pour payer les contributions.

231. Elle a fait remarquer que c'était l'OPS, par son intermédiaire en tant que Directrice ou par celui de Madame Frahler et son équipe à titre de bras financier de l'Organisation, qui avait la responsabilité d'assurer que les pays des Amériques s'acquittaient de leurs contributions à l'OMS. Les tâches consistant à garantir les contributions à l'OPS et à garantir les contributions à l'OMS étaient par conséquent indivisibles. Elle a saisi l'occasion pour exprimer ses remerciements aux pays des Amériques de leur appui à la

précédente Assemblée mondiale de la Santé lors de la discussion de l'allocation des ressources entre les différentes régions.

232. Le Comité a adopté deux résolutions relatives aux contributions : la résolution CE134.R1, recommandant au 45^e Conseil directeur d'approuver une révision des Règles financières pour permettre le paiement des contributions en monnaie locale, et la résolution CE134.R2, priant instamment tous les États Membres de payer leurs contributions non encore versées dès que possible et recommandant au Conseil directeur d'appliquer strictement les dispositions de l'Article 6.B.

Rapport financier du Directeur et Rapport de l'auditeur externe pour l'exercice 2002-2003 (document officiel 315)

233. Madame Frahler a également présenté le *document officiel 315*, qui comprenait le rapport du Directeur sur les transactions financières de l'OPS pour la période 1^{er} janvier 2002–31 décembre 2003, la position financière de l'Organisation en date du 31 décembre 2003 et les états financiers du Centre d'épidémiologie des Caraïbes (CAREC), de l'Institut des Caraïbes pour l'Alimentation et la Nutrition (CFNI) et de l'Institut de la Nutrition de l'Amérique centrale et de Panama (INCAP). Comme de coutume pour un rapport sur une période biennale, le document était accompagné par une opinion d'audit de l'auditeur externe.

234. L'état des revenus et des dépenses et les changements dans les soldes des fonds reflétaient l'engagement constant de l'Organisation à une gestion financière prudente. Les contributions reçues pour la période biennale actuelle s'élevaient à \$139,5 millions, une augmentation de \$7,4 millions par rapport à la période biennale antérieure. Toutefois, le recouvrement des contributions de périodes biennales antérieures s'élevait à \$32,4 millions, une diminution de \$3,6 millions. Pris ensemble, le recouvrement des contributions de la période biennale en cours et des périodes biennales antérieures s'était traduit par une augmentation nette de \$3,8 millions par rapport à la période biennale antérieure.

235. Les recettes diverses pour la période, incluant les intérêts, économies ou annulation des obligations des périodes précédentes, s'élevaient à \$9,8 millions. Malheureusement, ce montant reflétait non seulement une diminution de \$8,6 millions par rapport à 2000-2001, mais aussi une contraction de \$6,7 millions du montant inscrit au budget de \$16,5 millions, imputable principalement aux taux d'intérêt extraordinairement bas aux États-Unis et dans d'autres pays. Cette contraction a eu un impact brutal sur le financement du budget-programme de l'OPS. Vers la fin de la période biennale, la Directrice avait mis en place un contrôle et des mesures d'examen supplémentaires rigoureux de façon à assurer que les recettes du budget ordinaire seraient suffisantes pour couvrir les dépenses. De plus, des efficiences avaient été générées par le processus de

réalignement mis en place en 2003. Pris ensemble, ces deux facteurs ont diminué les dépenses prévues du budget ordinaire de \$7 millions et aidé à maintenir le total des dépenses à \$171,1 millions.

236. Le contrôle prudent des dépenses du budget ordinaire s'était traduit par un excédent des revenus sur les dépenses pour les opérations de \$15 634. En raison de l'investissement financier important requis pour actualiser et maintenir l'infrastructure de technologie de l'information et l'environnement informatique de l'Organisation, \$3,4 millions avaient été transférés du Fonds du budget ordinaire au Fonds des actifs immobilisés après réception de plus de \$10 millions en arriérés. Ce transfert s'était traduit par un déficit de \$3,4 millions pour la période biennale, qui avait été imputé au Fonds de roulement, atteignant ainsi un solde du Fonds de roulement de \$11,6 millions au 31 décembre 2003.

237. Les dépenses du budget ordinaire financé par l'allocation de l'OMS à la Région avaient atteint \$73 millions, une baisse de \$4 millions par rapport à la période biennale antérieure. L'OPS avait reçu un total de \$13 millions en fonds extrabudgétaires pour des projets de l'OMS, dont \$9 millions pour le Fonds volontaire de promotion de la santé, \$1 million pour les coûts de soutien aux programmes et \$3 millions pour d'autres projets.

238. Le total des dépenses de l'Organisation pour la période 2002-2003 s'élevait à \$733 millions, soit une augmentation de \$60 millions, ou 9%, par rapport à la période biennale 2000-2001, qui était principalement imputable à une augmentation de l'achat de vaccins à travers le Fonds renouvelable pour le programme élargi de vaccination et une augmentation des achats à travers le Fonds stratégique.

239. L'état de l'actif et du passif, des réserves et des soldes des fonds reflétait également la gestion prudente des avoirs financiers de l'Organisation au cours de la période biennale 2002-2003. Au 31 décembre 2003, les obligations en cours de l'Organisation étaient de \$6,2 millions par rapport aux \$13,5 millions à la fin de 2001 et \$16,2 millions à la fin de 1999.

240. L'état des Avances des Gouvernements et Institutions pour les Acquisitions indiquait que le Fonds des acquisitions avait commencé la période biennale avec un solde de \$6 millions disponibles pour l'achat de fournitures, équipement et littérature par les États Membres. Les pays avaient transféré \$20,6 millions à l'Organisation pour des acquisitions supplémentaires. Le Fonds renouvelable pour le programme élargi de vaccination (PEV) avait commencé la période biennale avec un solde de \$30,8 millions. Les achats s'étaient élevés à \$290 millions, une augmentation de \$76 millions, soit 35%, par rapport à la période biennale antérieure. La capitalisation du Fonds—les fonds obtenus de la commission de service de 3% sur les achats—avait augmenté de \$18 millions à

\$26 millions pendant la période biennale, se traduisant par une augmentation totale de \$20,3 millions par rapport aux dix années antérieures.

241. L'état des Fonds fiduciaires reflétait le statut des projets extrabudgétaires à la fin de la période biennale. Pendant la période biennale, \$110 millions avaient été consacrés à des projets de fonds fiduciaire, dont l'exécution avait coûté \$107,2 millions.

242. Les trois centres (CAREC, CFNI et INCAP) avaient reçu un total de \$19,5 millions en recettes et dépensé \$18,0 millions sur des projets. Après les ajustements pour les retards pris dans le versement des contributions et les contributions reçues de périodes biennales précédentes, les trois centres avaient connu un excédent combiné de recettes par rapport aux dépenses de \$1,5 million. Les états financiers pour CAREC indiquaient que pour la période 2002-2003 les recettes du budget ordinaire dépassaient les dépenses de \$209 000, faisant passer le Fonds de roulement du Centre à \$946 000. La Déclaration des Contributions des Membres avait indiqué que les montants exigibles en date du 31 décembre 2003 avaient baissé à \$3,8 millions, de \$5,2 millions à la fin de 1999. L'augmentation des contributions avait continué à contribuer à l'amélioration de la situation financière de CAREC. L'état des Fonds fiduciaires pour CAREC reflétait \$7 millions de financement de donateurs qui était une augmentation de \$3 millions par rapport à la période biennale 2001-2003. Des fonds additionnels reçus pour des projets s'élevaient à un total de \$1,7 million en date du 31 décembre 2003, se traduisant en un solde de trésorerie de \$1,6 million en Fonds fiduciaires de CAREC.

243. Les états financiers pour le CFNI indiquaient un déficit dans son budget ordinaire de \$62 000 pour la période biennale. Le recouvrement des contributions avait diminué à \$542 000 pendant la période biennale, et les arriérés avaient augmenté pour passer à \$1,3 million, par rapport à \$1,2 million au 31 décembre 2001. Le retard pris dans le versement des contributions, qui se devait principalement à trois pays, avait eu un impact direct sur la performance financière du Centre pendant la période. Le déficit accumulé du Fonds de roulement du CFNI avait augmenté et était passé à \$405 000. L'état des Fonds fiduciaires pour le CFNI reflétait une augmentation importante en fonds extrabudgétaires reçus pour des projets. Le Centre avait reçu dix nouveaux projets et \$972 000 en fonds supplémentaires pendant la période biennale actuelle, par rapport à trois nouveaux projets et \$346 000 en fonds au cours de la période biennale antérieure.

244. L'INCAP avait obtenu des recettes du budget ordinaire de \$1,4 million dans la période biennale 2002-2003, ce qui était légèrement plus élevé que pour la période biennale antérieure. Malgré un contrôle prudent, les dépenses du Centre avaient excédé ses recettes de \$180 000. Le déficit avait été couvert par un transfert des recettes de l'INCAP provenant des activités de services. Le Fonds de roulement avait continué à être entièrement financé à \$1 million. Le Fonds de Dotation de l'INCAP avait obtenu \$15 000 en intérêts pendant la période biennale, et avait un solde de \$357 000. Le recouvrement

des contributions pour 2002-2003 avait augmenté et était passé à 82%, par rapport à 75% dans la période biennale antérieure. L'état des Fonds fiduciaires pour l'INCAP indiquait que les recettes des projets atteignaient \$2,2 millions avec un total de dépenses de \$2,4 millions. Le Centre avait continué à étudier différents moyens pour attirer des projets financés par des ressources extrabudgétaires. Dans l'ensemble, la performance financière de l'INCAP semblait saine.

245. Le Rapport de l'Auditeur externe a été présenté par Monsieur Graham Miller au nom de l'Auditeur externe, Sir John Bourn (Contrôleur et Auditeur général, Bureau national d'Audit du Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord). Monsieur Miller a indiqué que l'audit n'avait révélé ni faiblesses ni erreurs qui pourraient selon les auditeurs avoir un impact matériel sur la validité des états financiers dans leur ensemble. L'Auditeur externe était heureux d'émettre une opinion sans réserves sur les états financiers pour la période du 1^{er} janvier 2002 au 31 décembre 2003. Il ne s'agissait pas d'un résultat automatique mais d'une conclusion basée sur un examen informé et indépendant, mené conformément à de rigoureuses normes professionnelles et des méthodes performantes.

246. Le rapport d'audit correspondant à la période 2002-2003 a confirmé que le budget ordinaire et le Fonds de roulement montraient un excédent net des recettes par rapport aux dépenses de \$15 634, avec des transferts de \$3,41 millions au Fonds des actifs immobilisés, amorti par un transfert de \$3,39 millions du Fonds de roulement. Les résultats financiers de la période biennale ont révélé que l'Organisation se trouvait en bonne situation financière, bien qu'il y ait eu une certaine baisse dans le recouvrement des contributions des années précédentes, quelque \$58 millions de contributions étant encore impayés à la fin de la période biennale.

247. En ce qui concernait les trois centres régionaux, la situation financière de CAREC s'était généralement améliorée, en particulier avec une augmentation importante des recettes du Fonds fiduciaire et un excédent du Fonds de roulement. Toutefois, les arriérés des contributions continuaient à affecter la viabilité financière du Centre, et l'Auditeur externe a encouragé les États Membres à payer leurs contributions d'une façon ponctuelle.

248. Au CFNI, même si le recouvrement des contributions s'était amélioré, il continuait à être considérablement plus faible que le taux comparable pour l'OPS. Les montants exigibles avaient augmenté pour passer de \$150 000 à \$1,3 million, ce qui portait préjudice à la viabilité financière du CFNI, comme le démontrait le Fonds de roulement qui était à découvert de \$0,4 million.

249. Il y avait un rapport d'audit séparé sur l'INCAP, qui notait le petit écart net de recettes par rapport aux dépenses, malgré l'amélioration du recouvrement des contributions. Afin de maintenir le niveau de \$1 million dans le Fonds de roulement, des

transferts de \$180 000 avaient dû être faits de fonds spéciaux pour couvrir le déficit pour la période biennale. Comme l'avait révélé un examen de routine, les systèmes de contrôle financier à l'INCAP demeuraient solides et efficaces.

250. Les auditeurs s'étaient rendus au Siège de l'OPS et avaient également effectué des visites d'audit à 11 bureaux de pays. Des lettres administratives faisant rapport sur ces visites avaient été envoyées à la direction de l'OPS et à l'Unité d'audit interne. L'Auditeur externe avait fait quelques observations sur des questions de gestion qui se rapportaient à la qualité des modalités de gouvernance dans l'Organisation. Ces observations couvraient l'insuffisance de personnel de la fonction d'audit interne à l'OPS, ainsi que les changements organisationnels internes au Siège, dont la perte par fusion d'une position aux finances et quelques changements structurels qui avaient eu pour effet de réduire le degré antérieur de ségrégation des fonctions.

251. Même si la qualité du contrôle financier exercé dans les bureaux de pays était généralement élevée, et était complétée par un niveau satisfaisant de contrôle de gestion du Siège, les auditeurs ont fait un nombre d'observations et de recommandations dans des lettres administratives séparées, dans le but de renforcer outre mesure la gestion et les contrôles financiers existants dans les bureaux de pays. Un domaine important du travail pour la période 2002-2003 avait été la revue de l'exécution du Système de planification, programmation et évaluation de la coopération technique et du Système d'information de gestion (AMPES/OMIS) dans les bureaux de pays, qui avait identifié des faiblesses au niveau des modalités de sécurité et le besoin d'améliorer d'importants éléments du contrôle et du domaine financiers. Des rapports à la direction avaient été présentés sur l'exécution des systèmes au Honduras et au Guatemala.

252. Alors que les résultats pour la période 2002-2003 étaient entièrement satisfaisants à des fins d'audit, il y avait une autre question sur laquelle il devait attirer l'attention du Comité. Au moment de parachever son rapport, l'Auditeur externe avait été informé d'allégations anonymes concernant des conflits d'intérêt et des inconvenances dans la conduite des affaires de l'OPS. L'Auditeur externe a estimé qu'il était approprié de faire part de l'existence de ces allégations aux États Membres dans le rapport d'audit et l'opinion d'audit, même si les résultats des propres tests de l'Auditeur avaient indiqué que les états financiers présentaient honnêtement à tous les égards les résultats des opérations et les cash flows pour la période et la situation financière de l'Organisation en date du 31 décembre 2003.

253. À la demande de la Directrice, l'Auditeur externe a accepté de mener un examen spécial dans les attributions et le mandat de sa fonction et de ses termes de référence. La Directrice lui a donné les assurances de son entière coopération et a demandé que tout le personnel de l'OPS offre également son assistance. Étant donné qu'un examen de ce genre sortirait du champ de l'audit des états financiers, il était estimé provisoirement qu'il

faudrait au moins un travail de 17 semaines et que le coût global serait environ de \$150 000. L'examen spécial couvrirait les transactions, activités et processus administratifs, et impliquerait un examen de dossier et d'archives et des entrevues avec le personnel de l'OPS, tout d'abord au Siège sur les dix prochains jours, et ensuite dans les bureaux de pays, en commençant probablement le 12 juillet. Il était prévu qu'un rapport sur l'examen spécial soit présenté au Conseil directeur en septembre 2004.

254. Le Comité exécutif a accueilli avec satisfaction les deux présentations, en exprimant son plaisir qu'une fois de plus, l'Auditeur externe ait émis une opinion d'audit sans réserves sur les états financiers de l'OPS pour la période. Notant que les contrôles internes étaient essentiels à la solidité d'une grande organisation, le Comité a fait part de sa préoccupation du fait que l'OPS ne disposait pas d'une unité d'audit interne pleinement opérationnelle et a encouragé le Secrétariat à renforcer cette part de son travail.

255. Le Comité a fait référence au document A57/19 de la toute récente Assemblée mondiale de la Santé, qui offrait une présentation transparente du travail de l'auditeur interne à l'OMS et il a noté qu'en 2003, ce bureau avait fait des investigations sur un volume considérable d'activités frauduleuses et de pratiques illicites. Le document donnait une description des cas d'activités frauduleuses et dans chaque cas, notait le statut et les résultats de l'investigation. Le Comité préconisait un niveau similaire de rapports systématiques aux Organes directeurs de l'OPS. Il a également demandé confirmation que le travail de l'Unité d'audit interne de l'OPS soit communiqué à l'Auditeur externe.

256. En ce qui concernait le paragraphe 67 du rapport de l'Auditeur externe, qui commentait les changements qui avaient été apportés à la structure de l'OPS pour séparer les fonctions de finances et de budget et leur donner des lignes différentes de comptabilisation, les délégués ont exprimé leur préoccupation du fait que les responsabilités qui se chevauchaient avec ce changement puissent compromettre l'indépendance des conseils pour l'allocation des fonds, du fait que le processus d'allocation budgétaire était contrôlé par un bénéficiaire de l'allocation des fonds. Le Secrétariat a été prié de fournir une information sur les sauvegardes en place pour empêcher ce genre d'inconvénient.

257. Les délégués ont demandé de clarifier la grande variation dans le montant des ressources que l'OPS fournissait aux différents centres, d'un niveau faible d'environ 14% à un niveau élevé d'environ 77%. Ils ont également demandé de clarifier la raison pour laquelle l'allocation aux « Organes directeurs et Coordination » était si élevée par rapport aux rubriques programmatiques.

258. Madame Frahler a indiqué que c'était le but de l'Organisation d'obtenir une opinion d'audit sans réserves pour toutes les périodes biennales, et que cela avait été fait tout au long des 101 années d'existence de l'OPS. Quant à la question de l'unité d'audit

interne, elle a communiqué que des candidats faisaient actuellement des entrevues, et qu'il fallait souhaiter qu'une sélection soit faite dans les quelques mois à venir. Quant aux sauvegardes concernant la relation entre les fonctions de finances et de budget et la question de savoir où serait exactement située l'unité du budget, elle a rappelé qu'après de nombreuses années que les unités budget et finances se trouvaient dans le même domaine, l'année précédente, la Directrice avait décidé de déplacer l'unité budget pour la mettre dans le domaine programmatique. Toutefois, alors que le Conseil directeur libérait les fonds, c'était la Directrice qui approuvait leur allocation. Par conséquent, que le processus formel et la documentation soient traités par l'Unité finances ou l'Unité budget n'avait pas d'importance particulière puisque, en dernier ressort, toutes les décisions sur les allocations relevaient de la responsabilité de la Directrice.

259. En ce qui concernait le problème des activités frauduleuses, elle a fait remarquer que les Notes explicatives sur l'État financier avaient dénoté huit cas d'activités frauduleuses pendant la période biennale, pour un montant de \$51 471. De ce montant, \$40 415 avaient été recouvrés avant le 31 décembre 2003. Les \$11 056 restants comprenaient \$1 482 appartenant à un cas qui allait être présenté sous peu au tribunal dans le pays concerné, et \$9 574 qui avaient été notifiés comme pertes pour l'Organisation. L'OPS communiquait toujours une liste de tous les cas d'activités frauduleuses ou d'activités frauduleuses présumées à l'Auditeur externe. Elle a souligné que l'insuffisance de personnel de l'Unité d'audit interne pendant la période biennale n'était en aucun cas propice aux activités frauduleuses et elle a assuré le Comité que le Secrétariat ferait une enquête sur tous les cas possibles d'activités frauduleuses dès qu'il en aurait pris connaissance. Elle a donné des détails sur les types d'activités frauduleuses ou de petits vols qui s'étaient produits dans différents bureaux de pays, et a offert de donner d'autres informations aux Membres du Comité exécutif s'ils le souhaitaient. Elle a confirmé que l'Unité d'audit interne de l'OPS communiquait effectivement ses conclusions à l'Auditeur externe.

260. La Directrice a expliqué qu'au cours de la période biennale précédente, il avait été décidé, à la suite du départ à la retraite de l'auditeur principal, de ne pas maintenir les liens entre les fonctions d'audit interne de l'OPS et de l'OMS et que, par conséquent, le poste vacant n'avait pas été rempli pendant l'année 2002. La situation avait été examinée en 2003 et elle avait révoqué la décision antérieure. Le processus de sélection était actuellement en cours et le nouvel auditeur principal devrait être nommé au cours de l'été.

261. Pour ce qui était de la décision de séparer le Budget et les Finances, l'OPS lançait le message que des considérations financières ne devaient pas guider la programmation. Au lieu de cela, le montant à allouer à chaque domaine de travail devrait être décidé en fonction d'une définition claire des priorités de l'Organisation. C'était la raison pour laquelle l'Unité budget avait été placée sous la Gestion des programmes. Néanmoins, elle estimait que l'endroit où la fonction du budget était située au sein d'une structure d'une

organisation n'était pas aussi important que l'établissement des mécanismes appropriés pour lui permettre de fonctionner avec la transparence et l'indépendance nécessaires. Comme dans les centres et les pays, le Secrétariat avait maintenant des personnels séparés pour les domaines du budget et des finances, précisément pour maintenir l'indépendance de ces deux fonctions. L'OPS ne doutait pas qu'avec l'appui de l'Auditeur externe et de sa propre Unité d'audit interne, les mécanismes appropriés seraient établis pour assurer un contrepoids adéquat entre l'appropriation des ressources, qui était une décision programmatique d'une part, et le maintien de tous les contrôles nécessaires dans le domaine financier de l'autre.

262. La structure actuelle serait testée au moins pendant la période biennale. Si des problèmes survenaient, ils seraient réglés. Comme l'a fait remarquer Madame Frahler, le réalignement budgétaire avait été poursuivi très attentivement et très prudemment pendant l'année 2003. Ceci conjugué au contrôle rigoureux des dépenses, avait permis à la fois de réaliser les objectifs de l'Organisation et de terminer l'année sans le déficit prédit. Le résultat de la première année avec la nouvelle structure organisationnelle pour le budget avait été très encourageant.

263. En réponse à la question concernant les proportions du financement alloué aux Centres. La Directrice a expliqué que l'appui total des fonds ordinaires de l'Organisation aux Centres était d'environ \$25 millions par période biennale. De ce montant, environ deux tiers se rapportaient aux coûts des personnels, et le reste aux coûts opérationnels. Les montants réels variaient en raison des différences dans la structure juridique et financière de chaque Centre et des contributions financières des pays hôtes. La distribution entre coûts des personnels et coûts hors personnels avait changé au cours des années, et ceci était inévitable du fait qu'il y avait des augmentations obligatoires des coûts des personnels imposées par les Nations Unies. Du fait que le budget de l'Organisation était resté virtuellement constant, ces augmentations avaient signifié une diminution correspondante de la proportion consacrée aux fonds opérationnels. Les critères pour l'allocation des ressources aux Centres seraient l'un des thèmes à être considérés par le Groupe de travail sur la politique budgétaire régionale.

264. Parlant à la demande de la Directrice, Monsieur Román Sotela (Chef du Bureau du Budget, OPS) a expliqué que la proportion des ressources apparemment dépensée sur les Organes directeurs avait quelque chose à voir avec la façon dont les différentes rubriques dans un budget étaient regroupées ensemble pour une période biennale donnée. Une catégorie d'appropriation dans le budget 2004-2005 budget était « Soutien aux Programmes des Pays » qui contenait tous les coûts associés au fonctionnement des bureaux de pays et fournissait un appui au développement national de la santé. Dans le budget de la période biennale 2002-2003 toutefois, tous ces coûts avaient été regroupés dans la catégorie « Organes directeurs et Relations extérieures », faisant apparaître l'allocation à cette catégorie démesurément élevée.

265. Concernant les allégations d'irrégularités financières mentionnées par l'Auditeur externe, la Directrice a indiqué qu'elle avait envoyé une lettre confidentielle aux membres du Comité exécutif en les informant des accusations anonymes dès qu'elle en avait pris connaissance. Elle espérait que l'investigation de l'Auditeur externe aurait une conclusion rapide et que le rapport serait prêt à temps pour le Conseil directeur. En particulier, elle espérait que cet événement n'empêcherait pas l'Organisation de s'acquitter de sa mission.

266. Le Comité a adopté la résolution CE134.R5 sur ce point de l'ordre du jour.

Bâtiments et autres locaux de l'OPS (document CE134/19)

267. Monsieur Edward Harkness (Responsable, Domaine des Services généraux et Acquisitions) a rappelé qu'en juin 2002, le Comité exécutif avait approuvé une dépense de \$220 000 pour des réparations au niveau des garages du sous-sol et du deuxième sous-sol du bâtiment du Siège l'OPS. Avant de s'embarquer dans un projet de réparation majeure, le Domaine des Opérations des services généraux avait obtenu une étude détaillée d'un cabinet d'ingénierie concernant l'intégrité structurelle de ces niveaux. Le rapport de l'entreprise a révélé que les dégâts, après 38 ans d'utilisation constante, étaient plus étendus que prévu et que l'estimation de l'entreprise pour réparer ces niveaux et les mettre en conformité aux normes de construction en vigueur, était de \$712 000. Outre les \$220 000 déjà approuvés par le Comité exécutif, l'OPS avait reçu \$97 000 du Fonds des Bâtiments de l'OMS 2004-2005, mais il fallait \$395 000 supplémentaires pour couvrir le coût des réparations. L'OPS demanderait ce montant au programme d'infrastructure de l'OMS. Le Comité exécutif a été prié d'autoriser le Secrétariat à procéder aux réparations requises.

268. Dans la discussion qui a suivi, le Comité a demandé quelle était la probabilité que l'OMS couvre le montant total requis pour les réparations. Faisant noter que le rapport ne concernait que le Siège de l'OPS, le Comité a également demandé des informations sur le maintien et les réparations aux bâtiments de l'OPS ailleurs dans la Région.

269. Monsieur Harkness a expliqué que l'OMS s'efforçait de pourvoir à l'entretien des bâtiments de ses régions dans le monde entier. Elle disposait d'un programme de dix ans pour effectuer toutes les rénovations requises dans tous ces bâtiments, même si dans ce plan l'OPS n'était pas sensée recevoir des fonds de l'OMS avant la période 2006-2007. Répondant à la question des bâtiments de l'OPS ailleurs dans la Région, il a indiqué qu'environ la moitié d'entre eux étaient fournis par les ministères de la santé nationaux, environ 20% d'entre eux appartenaient à l'OPS et que le reste était loué. La majorité des bâtiments étaient en bonne condition, et l'assistance financière pour leur entretien provenait des gouvernements nationaux concernés. Dans le cas du Siège de l'OPS toutefois, il s'agissait non seulement d'un grand bâtiment, mais il était situé dans les États-Unis d'Amérique, où les coûts de construction étaient extrêmement élevés.

270. La Directrice a confirmé que l'Organisation avait un plan d'entretien pour chacun de ses bâtiments. Dépendant de la situation, une part des coûts de l'entretien des bâtiments pouvait être prise en charge par le gouvernement du pays hôte. Afin de réaliser une meilleure gestion des actifs immobiliers de l'Organisation, l'OPS travaillait à un plan directeur qui s'occuperait à la fois des besoins d'entretien et des rénovations nécessaires des bâtiments de l'Organisation.

271. Le Comité exécutif a autorisé l'Organisation à procéder aux réparations aux niveaux des garages du sous-sol et du deuxième sous-sol du bâtiment du Siège (décision CE134(D3)).

Questions relatives au personnel

Déclaration du Représentant de l'Association du personnel du BSP (document CE134/20)

272. Madame Olga Carolina Bascones (Présidente, Association du Personnel du BSP) a résumé le contenu du document CE134/20, qui présentait les questions que l'Association du personnel souhaiter porter à l'attention du Comité exécutif lors de sa 134^e session. Elle était heureuse de communiquer que l'Organisation disposait maintenant d'une politique de prévention et de résolution du harcèlement sur les lieux de travail. L'Association du personnel avait préconisé l'adoption d'une politique contre le harcèlement pendant six ans et elle était heureuse de la voir se concrétiser. Des progrès avaient également été accomplis sur la voie de l'établissement d'un code de conduite pour le personnel de l'OPS. À cet égard, l'un des thèmes prévus pour discussion à la prochaine réunion du Conseil mondial Personnel/Gestion était une proposition par les associations du personnel de toutes les régions de l'OMS pour l'établissement d'un conseil disciplinaire conjoint, similaire à ceux déjà en place dans plusieurs autres agences du système des Nations Unies. L'Association du personnel serait reconnaissante aux États Membres de leur appui à cette initiative.

273. Pendant au moins 10 ans, les représentants de l'Association du personnel avaient soulevé la question du développement de carrière dans leurs déclarations au Comité exécutif. L'Association du personnel estimait résolument qu'un système de développement de carrière basé sur les compétences devait être mis en place pour assurer que le personnel de toutes les catégories—incluant non seulement le personnel des services généraux et les cadres, mais aussi la gestion—possède les compétences et capacités requises pour s'acquitter efficacement de leurs tâches. Ce système devrait permettre au personnel de progresser au sein de l'Organisation au fur et à mesure qu'il acquiert de nouvelles compétences, expérience et éducation. En particulier, il faudrait donner au personnel des services généraux de plus grandes opportunités de promotion aux

postes de cadres. De nombreux employés des services généraux avaient des années d'expérience, connaissaient parfaitement l'Organisation et son travail, et répondaient aux conditions d'éducation requises pour les postes de cadres, et pourtant il leur était extrêmement difficile de passer au niveau cadre.

274. L'Association du personnel souhaitait également attirer l'attention du Comité sur plusieurs questions contractuelles, notamment les contrats et les conditions d'emploi pour les cadres nationaux. L'Association avait précédemment exprimé ses préoccupations à propos de cette modalité contractuelle et les réitérait maintenant. Les cadres nationaux n'avaient pas droit aux mêmes avantages de la sécurité sociale que le personnel permanent recruté dans le cadre du système de la fonction publique internationale. Alors qu'ils étaient conscients de ces conditions et qu'ils les acceptaient lorsqu'ils avaient signé leur contrat, le fait demeurait qu'ils servaient l'Organisation avec le même niveau d'engagement, de loyauté et de dévouement que tout autre membre du personnel de l'OPS. L'Association du personnel estimait qu'un examen détaillé des avantages et des inconvénients du système de recrutement devait être entrepris, en tenant compte de la valeur des cadres nationaux pour l'Organisation et de l'importance de ne pas perdre leur expertise et leur expérience. D'autres questions contractuelles comportaient la pratique de recruter du personnel à la retraite sur des contrats à court terme, mesure qui selon l'Association du personnel n'était pas dans le meilleur intérêt de l'Organisation, et l'éligibilité des cadres de l'OPS qui étaient transférés à l'OMS à conserver leur droit de retour au lieu d'affectation du service. D'autres questions dont se préoccupait l'Association du personnel portaient sur les procédures de recrutement pour des positions à responsabilité de direction et la sûreté et la sécurité du personnel, en particulier pour le personnel recruté localement dans les bureaux de pays. Les détails sur ces questions et les points de vue de l'Association du personnel à leur sujet se trouvaient dans le document.

275. Enfin, l'Association du personnel n'avait pas manqué de noter plusieurs points discutés par le Comité exécutif au cours de la semaine. En ce qui concernait le rapport de l'Auditeur externe et l'investigation qu'on lui avait demandé de faire, l'Association du personnel souhaitait exprimer son appui à l'Administration et au travail de l'Auditeur externe, mais elle espérait que l'enquête pouvait être faite avec un minimum de distraction pour le personnel, qui pourrait affecter de manière négative le travail de l'Organisation et l'esprit de corps et la collaboration entre les membres du personnel. L'Association du personnel espérait également que les délégués encourageraient les autorités dans leurs pays respectifs à s'acquitter de leurs responsabilités en soutien à l'Organisation, de sorte que le personnel, indépendamment du type de contrat, du grade, de la nationalité ou du genre, soit en mesure de contribuer dans la plus grande mesure possible à la réalisation de la mission de l'Organisation. Dans le même temps, le personnel réitérait son engagement à continuer à poursuivre ses efforts sans relâche pour assurer le niveau de service le plus élevé possible pour les États Membres.

276. Le Comité exécutif a remercié l'Association du personnel de son rapport et a exprimé son appréciation à tout le personnel de l'Organisation pour le professionnalisme et la compétence avec lesquels ils s'acquittaient de leur travail. Il a fait remarquer que les compétences du personnel constituaient l'un des sujets examinés par le Groupe de travail sur l'OPS au 21^e siècle; un autre aspect des ressources humaines qui méritait l'attention était la distribution du personnel entre le Siège et les bureaux de pays et les centres régionaux. Il a également noté qu'avec l'intensification de l'accent mis par l'OPS sur les pays, un plus grand nombre de postes pourrait être décentralisé du Siège aux pays, et a demandé à Madame Bascones ce que pensait l'Association du personnel de cette perspective.

277. Les délégués ont demandé que pour des sessions futures, la déclaration écrite de l'Association du personnel soit mise à disposition au moins trois semaines à l'avance de façon à donner aux délégations suffisamment de temps pour l'examiner et répondre aux questions qui y sont soulevées. Ils ont également demandé que le Secrétariat fournisse, outre les statistiques sur le personnel de l'OPS contenues dans le document CE134/INF/2, une ventilation des cadres et des consultants à court terme par pays et par nationalité.

278. Madame Bascones a dit que l'Association du personnel considérait la décentralisation comme un élément positif, en particulier parce qu'elle pourrait donner un élan à un système de développement de carrière fondé sur les compétences du fait que l'Organisation s'efforçait d'équiper le personnel des compétences spécifiques voulues pour répondre aux besoins de coopération technique des pays. Tous les cadres savaient qu'une des conditions de leur contrat signifiait qu'ils pouvaient être transférés à n'importe quel poste dans la Région et ils étaient tous disposés à aller là où leurs services étaient requis. Le rôle de l'Association du personnel était d'assurer que les règlements étaient suivis et que les droits du personnel étaient protégés lorsque se produisaient ces transferts et de chercher à assurer à tout le personnel la protection fournie dans le cadre du système des Nations Unies.

279. Pour ce qui était de la distribution du personnel, cette information était accessible sur la banque de données du personnel de l'OPS. De plus, un groupe de travail sur le capital humain établi l'année antérieure avait entrepris une enquête qui avait examiné l'endroit où le personnel se trouvait, les fonctions dont ils s'acquittaient, et l'évolution au cours des 25 années antérieures, tant en termes d'emplacement du personnel que de type de contrat. Plusieurs tendances avaient été observées. Il avait été observé par exemple qu'il y avait fondamentalement deux types de service : l'appui administratif pour la prestation de la coopération technique, et la prestation en soi de la coopération technique. Le gros du personnel tant dans la catégorie des cadres que celle des services généraux, était engagé dans des fonctions d'appui à la coopération technique. Un nombre plus réduit intervenait dans la prestation des services de coopération technique *per se* dans les pays. Cette étude avait constitué la première étape de l'identification des compétences

essentielles des ressources humaines requises pour permettre à l'Organisation d'assurer la coopération technique d'une manière aussi efficace que possible.

280. La Directrice a confirmé que les statistiques sur la distribution du personnel étaient directement accessibles sur la banque de données du personnel et a indiqué que le Secrétariat se ferait un plaisir de les fournir. Comme l'avait dit Madame Bascones, une information supplémentaire sur l'évolution de la distribution du personnel était également disponible dans l'étude effectuée par le groupe de travail sur le capital humain, dans laquelle l'Association du personnel avait pris une part active. Le Secrétariat serait heureux de fournir également cette information. D'autres informations sur les activités du groupe de travail étaient également accessibles sur l'Internet.

281. Elle avait le plaisir de communiquer que l'année antérieure avait été marquée par un dialogue et une coopération constante entre le personnel et la direction. Le comité conjoint personnel/direction se réunissait régulièrement pour discuter des questions du personnel, et elle-même et le Chef du Personnel s'étaient réunis également plusieurs fois dans l'année avec les fonctionnaires de l'Association du personnel pour examiner les progrès dans le cadre de leur plan d'action conjoint et régler tous les problèmes de personnel qui pouvaient s'être produits. De plus, l'année antérieure avait été très riche en termes de participation formelle de l'Association du personnel à tous les mécanismes créés en relation au processus de changement organisationnel actuellement en cours.

Questions d'ordre général

Résolutions et autres actions de la Cinquante-Septième Assemblée mondiale de la Santé revêtant un intérêt pour le Comité exécutif de l'OPS (document CE134/21)

282. Le Dr Philippe Lamy (Responsable, Domaine de la Gouvernance et de la Politique, OPS) a récapitulé les résolutions et autres actions de la Cinquante-Septième Assemblée mondiale de la Santé revêtant un intérêt pour le Comité exécutif de l'OPS. La Cinquante-Septième Assemblée mondiale de la Santé s'était déroulée à Genève, en Suisse, du 17 au 22 mai 2004. Des délégations de 184 États Membres, dont 33 pays des Amériques, avaient participé. Deux délégués de la Région avaient fait partie du Bureau pendant l'Assemblée : Madame A. David-Antoine, Ministre de la Santé et de l'Environnement de la Grenade, avait été élue Vice-présidente de l'Assemblée, tandis que le Dr D. Slater, de Saint Vincent et des Grenadines, avait été nommé Vice-président du Comité A. En outre, le Dr C. Modeste-Curwen, Ministre des Travaux, de la Communication et des Transports de la Grenade, avait été l'un des représentants du Conseil exécutif à l'Assemblée, et l'ancien Président des États-Unis Jimmy Carter avait été l'un des orateurs invités.

283. L'ordre du jour de l'Assemblée couvrait 33 points concernant toute une gamme de questions institutionnelles, de politique et de gestion. L'Assemblée avait approuvé 19 résolutions, dont 13 étaient particulièrement pertinentes, tant pour les États Membres de la Région des Amériques que pour le Secrétariat de l'OPS. Neuf d'entre elles traitaient des questions liées aux politiques sanitaires, et les quatre restantes aux questions institutionnelles, de ressources et de gestion. Ces 13 résolutions étaient indiquées dans les Tableaux A et B du document CE134/21, respectivement. Pour la première fois, le document contenait des références à des résolutions antérieures de l'OPS adoptées sur les mêmes thèmes. L'intention était de lier plus étroitement l'agenda régional à l'agenda mondial et de montrer comment les résolutions adoptées au niveau mondial se rapportaient au travail en cours ou déjà achevé dans la Région.

284. Au titre de cette nouvelle approche, il a attiré l'attention sur plusieurs résolutions de particulière importance, telle que celle se rapportant à la sécurité routière et la santé, qui avait également été le thème de la Journée mondiale de la Santé 2004. Avec de nombreuses autres organisations, l'OPS avait montré sa prééminence en planifiant et exécutant des activités pertinentes, tant au Siège que dans la Région. La Journée mondiale de la Santé avait donné la possibilité d'accroître la visibilité du travail de l'Organisation et de faire œuvre de sensibilisation au problème de la sécurité routière en tant qu'aspect important de la santé publique.

285. En ce qui concernait la résolution sur la santé de la famille, il a rappelé que la Journée internationale de la Famille, le 15 mai, avait été prise très sérieusement dans la Région. De plus, sur la base de la résolution CD44.R12, l'OPS avait réorganisé sa propre structure afin d'être en mesure d'accorder une plus grande attention à la santé de la famille et de la communauté et de contribuer ainsi aussi efficacement que possible au travail requis pour réaliser les Objectifs de développement pour le Millénaire, dont de nombreux se rapportaient directement à la santé de la famille.

286. Passant à la résolution sur la stratégie de la santé génésique, il a noté que les États Membres avaient appuyé la stratégie régionale pour assurer le suivi de la réduction de la morbidité et mortalité maternelles mise en avant à la Conférence sanitaire panaméricaine de 2002. Onze pays avaient été sélectionnés comme priorités pour la coopération technique dans ce domaine, et un nombre de réussites pouvaient déjà être observées. La Bolivie par exemple, avait réussi à réduire son taux de mortalité maternelle de 41% entre 1993 et la période 1999-2002. Un document sur le suivi de la réduction de la morbidité et la mortalité maternelles avait également été soumis au 132^e Comité exécutif, et l'OPS coordonnait maintenant le travail d'un groupe inter-agences sur la réduction de la mortalité maternelle.

287. La résolution approuvant la stratégie mondiale sur l'alimentation, l'exercice physique et la santé avait requis de longues sessions de travail et l'établissement d'un

groupe spécial lors de l'Assemblée pour obtenir un consensus entre les pays. La Région des Amériques avait joué un rôle influent en développant la stratégie qui serait éventuellement adoptée, qui avait été longuement discutée lors d'une consultation régionale tenue au Costa Rica en 2003. Cette réunion avait reconnu l'importance critique de ce thème et la contribution qu'il pouvait apporter pour venir à bout de maladies non transmissibles qui constituaient une préoccupation croissante dans tous les pays.

288. Passant à la résolution sur les greffes d'organes et de tissus humains, il a expliqué que l'OPS mettait sur pied actuellement un réseau d'experts en matière de greffes, dans le but de porter assistance aux États Membres. Le Secrétariat avait également participé à des réunions sur ce thème en Espagne et aux Pays-Bas, ce qui avait permis d'identifier des experts dans divers pays de la Région.

289. La résolution sur la migration internationale du personnel de santé avait également requis de longues sessions de travail pour arriver à un consensus. Ce thème était particulièrement préoccupant pour la Région, et l'OPS travaillait actuellement à deux initiatives pertinentes. L'une était une étude intégrée du personnel soignant mondial, prévue pour produire un document de politique décrivant l'ampleur et la dynamique principale du problème des pénuries de personnel médical et identifiant les variations régionales et à l'intérieur des pays. L'Unité des Ressources humaines de l'OPS serait chargée de produire le document régional sur les Amériques. La deuxième initiative portait sur un programme destiné à gérer la migration du personnel de santé. L'Unité des Ressources humaines, travaillant à travers le Bureau de Coordination des Programmes des Caraïbes, développait actuellement un programme sur la gestion de la migration focalisé essentiellement sur la migration des infirmières. Le programme s'inscrivait dans un projet de développement des ressources humaines entrepris avec l'assistance de Health Canada, qui couvrait également une enquête sur la main-d'œuvre infirmière et un renforcement de la formation en cours des infirmières.

290. Dr. Lamy a indiqué que lors de l'Assemblée, il y avait eu une réunion spéciale des cinq pays prioritaires des Amériques, donnant à ces pays une opportunité de partager leurs préoccupations et leurs priorités avec d'autres participants. Le Groupe de travail sur l'OPS au 21^e siècle s'est également réuni. De plus, des tables rondes avaient été tenues sur le VIH/SIDA, couvrant les bonnes méthodes et les moyens pour remédier aux problèmes auxquels se heurtaient les pays, les politiques et stratégies de réussite, et le rôle de la santé et d'autres secteurs dans l'amélioration de la prévention et du traitement. Il y avait eu également une session de travail avec le Centre Carter sur le thème de l'onchocercose.

291. Le Comité exécutif a fait un accueil favorable au rapport de la Cinquante-Septième Assemblée mondiale de la Santé. Les membres ont souligné que la célébration de la Journée mondiale de la Santé en avril avait représenté un événement très puissant, un événement qui avait signifié que pour l'époque de l'Assemblée mondiale de la Santé en

mai, il y avait eu un élan considérable aboutissant à une résolution véritablement concrète sur la sécurité routière et la santé. Faisant référence au thème de la santé de la famille, la Déléguée des États-Unis a noté que sa délégation avait fortement insisté pour cette résolution à la session du Conseil exécutif en janvier 2004, et que l'OPS avait par la suite produit une très bonne brochure sur le thème. Elle a conseillé la publication aux autres participants.

292. Le Comité a noté que dans les longues discussions sur la stratégie mondiale sur l'alimentation, l'exercice physique et la santé, la Région, en particulier le Brésil, la République dominicaine et d'autres, avaient fait montre d'un grand leadership en dégagant un consensus sur une stratégie très complexe qui serait applicable au niveau des pays. Le thème des greffes d'organes et de tissus humains était un autre domaine dans lequel la Région avait montré son leadership, et le Comité exécutif a exprimé son appréciation à l'Espagne pour avoir fait avancer le thème, tant au Conseil exécutif qu'à l'Assemblée.

293. Le Comité a fait part de son grand intérêt pour les approches pratiques entreprises pour s'attaquer aux problèmes de la migration du personnel de santé, ainsi que sa satisfaction de voir que l'OPS était déjà en train de poursuivre des études et des analyses en la matière. La migration du personnel de santé, en particulier des infirmières et en particulier des Caraïbes, était une préoccupation majeure dans la Région. Le Délégué de la Barbade a noté que des tentatives étaient en cours dans sa sous-région pour améliorer les conditions de travail des infirmières afin de les persuader de ne pas émigrer. Dans toutes les Caraïbes, des efforts étaient entrepris pour accroître le nombre d'infirmières recevant une formation. La Barbade par exemple, avait décidé d'en tripler le nombre sur les trois prochaines années. Toutefois, la collaboration serait nécessaire entre les pays recevant la formation et les pays développés où les infirmières avaient tendance à émigrer, et il y aurait également besoin d'augmenter le nombre de personnes intervenant dans la formation et d'organiser des échanges de capacité de formation.

294. Répondant aux commentaires sur le rôle important qu'avait pris l'Organisation dans la préparation de certaines résolutions, le Dr Lamy a noté que GRUA (Groupe Amérique) et GRULAC (Groupe Amérique latine et Caraïbes) offraient des espaces importants où les pays de la Région pouvaient se rencontrer afin d'examiner les progrès accomplis sur la voie des diverses résolutions. Le Secrétariat de l'OPS s'était réuni avec les deux groupes, et était déterminé à poursuivre ses efforts pour améliorer le processus destiné à fournir des apports et des informations afin de faciliter le travail des délégués à l'Assemblée mondiale de la Santé.

295. La Directrice a noté que le document CE134/21 représentait la première tentative pour introduire un processus plus formel d'information des États Membres concernant les implications des résolutions WHA qui avaient un impact particulier sur le travail de

l'Organisation et les pays de la Région. L'intention était de porter à la connaissance des délégués ce que la Région avait fait dans le passé pour se préparer sur un sujet donné, et ce qu'elle faisait maintenant sur ce même sujet. De plus, le Secrétariat informerait systématiquement les États Membres des réunions ministérielles sous-régionales et d'autres processus sous-régionaux, afin de répondre à l'appel de la Conférence sanitaire panaméricaine en 2002 et le Conseil directeur en 2003 pour une plus grande continuité et un plus grand alignement des thèmes d'intérêt pour la Région, avec le travail en cours au niveau mondial. À cette fin, le Secrétariat avait cultivé une relation plus étroite avec GRUA et GRULAC, qui étaient composés des missions des pays auprès des diverses organisations internationales dont le Siège se trouvait à Genève, dont l'OMS. Après avoir découvert que dans le passé l'information n'avait pas toujours circulé correctement et n'avait pas toujours atteint les destinataires désignés, le Secrétariat envoyait maintenant de manière systématique et régulière toute l'information pertinente sur les thèmes de la santé aux responsables de ces groupes.

296. En outre, la délégation du Secrétariat de l'OPS à l'Assemblée avait été plus importante que dans le passé, et elle avait travaillé intensément pour donner son soutien aux délégations des États Membres de la Région. Elle avait couvert non seulement la plénière, les comités et les groupes de travail et les sessions spécialisées, mais aussi des réunions avec d'autres organisations basées à Genève, telles que l'ONUSIDA et le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme. De plus, la délégation du Secrétariat avait couvert la réunion des membres du Commonwealth, qui s'était tenue le dimanche précédent l'ouverture de l'Assemblée.

297. Entre la fin de l'Assemblée et le début de la réunion du Conseil exécutif, elle avait été invitée à parler à l'ouverture de la session générale de l'Office international des Épizooties (OIE), à son siège à Paris. Un accord avait été signé trois ans auparavant entre l'OPS et l'OIE, qui s'était traduit par un travail hautement intégré entre les deux organisations dans le domaine de la santé vétérinaire. Il était de nature similaire aux accords que l'OPS avait signés avec l'Institut interaméricain de coopération pour l'agriculture, avec l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture, et avec le Programme alimentaire mondial. Un agenda commun avait été défini avec ces quatre organismes sur la santé animale, l'innocuité des aliments et la sécurité alimentaire, et le développement rural, tel que suggéré par la Réunion interaméricaine, au Niveau ministériel, sur la Santé et l'Agriculture (RIMSA). RIMSA avait lieu tous les deux ans, et elle était heureuse d'annoncer que le Secrétaire à la Santé du Mexique venait tout juste d'accepter d'accueillir la réunion en 2005.

298. La Directrice a terminé en rappelant qu'à Genève, elle avait rencontré Monsieur Edward Aiston, ancien Directeur général de la Direction des affaires internationales de Health Canada, qui avait été très actif au sein de l'OPS et de l'OMS. Il lui avait dit que

l'Assemblée de 2004 serait sa dernière, et elle avait exprimé les souhaits de l'OPS qu'il jouisse d'une retraite heureuse.

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

Autres questions

300. Conformément à une demande du Sous-Comité de planification et programmation, la Directrice a fourni des mises à jour et distribué des rapports écrits sur la situation de trois centres régionaux : l'Institut panaméricain pour la protection alimentaire et la Lutte contre les Zoonoses (INPPAZ), le Centre panaméricain de la Fièvre aphteuse (PANAFTOSA) et le Centre d'Épidémiologie des Caraïbes (CAREC). En ce qui concernait l'INPPAZ, elle a indiqué que lors d'une réunion en date du 16 mars 2004, le Ministre de la Santé et le Ministre de l'Agriculture de l'Argentine avaient accepté chacun de payer la moitié de la somme de \$250 000 requise pour garder l'Institut ouvert jusqu'au 31 décembre 2004, étant entendu que si le paiement n'était pas reçu, l'OPS se verrait dans l'obligation de prendre action pour fermer l'Institut. Depuis lors, le Ministère de la Santé avait effectué un versement de \$125 000, mais aucun paiement n'avait été reçu du Ministère de l'Agriculture. Le Secrétariat se réunirait à nouveau avec les autorités argentines pour examiner la situation. De plus, le Secrétariat rencontrerait des responsables de l'Institut interaméricain de coopération pour l'agriculture (IICA) et du Département de l'Agriculture des États-Unis (USDA) pour discuter des implications possibles pour l'INPPAZ d'une proposition avancée par l'USDA en vue du renforcement des activités en matière d'innocuité des aliments dans la Région. À la lumière de ces deux circonstances, elle avait décidé d'ajourner toute action légale et de maintenir l'Institut ouvert jusqu'à la fin de l'année.

301. En ce qui regardait PANAFTOSA, comme elle l'avait communiqué au Sous-Comité de planification et programmation, des arriérés importants des contributions du Brésil au Centre s'étaient accumulés au cours des dernières années. Les responsables de l'OPS avaient rencontré les autorités brésiliennes en octobre 2003 pour discuter de la situation et négocier un plan de paiement, dans le cadre duquel les arriérés exigibles pour 2002 et 2003 seraient payés en trois montants égaux au cours des années 2005, 2006 et 2007, et, à compter de 2004, la contribution annuelle serait payée en 12 versements mensuels. Elle était heureuse d'informer que le Gouvernement du Brésil avait pleinement respecté l'accord.

302. Quant à CAREC, elle avait appris en février 2004 que le Secrétaire général de la Communauté Caraïbe (CARICOM) avait l'intention d'entamer des discussions avec les gouvernements des Caraïbes sur l'établissement d'une nouvelle relation entre CAREC et

l'OPS, avec la possibilité d'autonomisation du Centre. En avril 2004, le Conseil de CAREC s'était réuni pour revoir l'accord multilatéral entre l'OPS et le Centre, qui était subordonné à un renouvellement tous les cinq ans et qui arrivait à expiration en décembre 2005. Le Conseil avait établi un Sous-Comité pour conseiller sur les réformes possibles de CAREC. Par la suite, lors d'une réunion du Conseil du CARICOM pour le développement humain et social, les ministres de la santé de la région avaient décidé qu'il serait prématuré de procéder à des changements dans le statut de CAREC jusqu'à ce que soit terminée une étude commandée par le CARICOM portant sur cinq institutions sanitaires régionales, dont deux centres panaméricains : CAREC et l'Institut des Caraïbes pour l'Alimentation et la Nutrition (CFNI). Une firme canadienne, Universalia, réalisait l'étude, dont les résultats devaient être connus en septembre 2004.

303. Parallèlement, le Secrétariat avait entrepris une analyse du cadre juridique de CAREC, en particulier l'accord multilatéral qui devait être renouvelé tous les cinq ans. Tous les autres centres panaméricains avaient des accords permanents, ce qui leur assurait un cadre plus stable pour la relation entre l'Organisation, le centre, le pays hôte et les pays qui bénéficiaient des activités du centre. Le service juridique de l'OPS travaillait à une proposition sur CAREC qui lui donnerait une plus grande stabilité administrative et légale.

304. Sur le plan financier, CAREC se portait très bien à présent, à la suite d'une campagne couronnée de succès pour augmenter le recouvrement des contributions et mobiliser des fonds extrabudgétaires. Sur le plan administratif, le Centre avait connu une certaine instabilité au cours des dernières années, mais la création d'un poste d'administrateur international (financé par l'OPS) et la nomination à ce poste d'un responsable expérimenté de l'OPS devrait améliorer fortement la gestion financière et administrative du Centre. La Directrice tiendrait évidemment les Organes directeurs au courant de tout changement proposé dans le statut légal du Centre et dans sa relation avec l'OPS. Dans le même temps, l'Organisation continuerait à s'acquitter de ses responsabilités fiduciaires et de supervision vis-à-vis de CAREC afin d'assurer une gestion efficace des projets et des services, digne de la confiance des pays membres de CAREC et des pays qui fournissaient l'appui technique et financier aux activités du Centre.

305. La Directrice a également distribué un document décrivant les progrès accomplis par le Secrétariat jusqu'à présent dans l'exécution de la Stratégie de gestion présentée au Comité l'année précédente (voir document CE132/FR). Elle a noté que le document, qui montrait les objectifs stratégiques et le statut de diverses activités entreprises pour les réaliser, était une première étape sur la voie du plan d'action, avec des résultats attendus et des indicateurs que les États Membres avaient demandé au Secrétariat de développer. Le Secrétariat continuerait à mettre à jour les Organes directeurs régulièrement sur l'exécution de la Stratégie et le processus en cours de changements organisationnels.

306. Elle a fait remarquer que quelques activités et indicateurs se rapportaient à des questions qui étaient en cours d'examen par le Groupe de travail sur l'OPS au 21^e siècle et qui avaient également été discutées par le Comité exécutif au cours de la semaine. En ce qui concernait la décentralisation et la distribution des ressources humaines par exemple, elle a indiqué que depuis l'année antérieure, un total de 14 positions avaient été éliminées et que 17 membres du personnel avaient été transférés à des postes à l'extérieur du Siège. Pour ce qui regardait la rotation du personnel, elle était heureuse de communiquer que pour les membres qui ne travaillaient pas au Siège, à quelques exceptions près, l'OPS souscrivait à la recommandation des Nations Unies voulant qu'aucun membre du personnel ne demeure plus de cinq ans dans un lieu d'affectation.

307. Le Délégué de l'Argentine a remercié la Directrice d'avoir bien voulu proroger l'échéance pour la réception du paiement convenu de \$250 000 pour l'INPPAZ. Il a tenu à assurer la Directrice et les Membres du Comité exécutif que le Gouvernement de l'Argentine était déterminé à honorer son engagement. Le Ministère de la Santé s'occupait actuellement de rassembler les fonds requis pour compléter le paiement du montant total. De plus, d'ici novembre, le Gouvernement avait l'intention de soumettre non seulement un plan d'action pour l'Institut, qui serait élaboré conjointement par l'Organisation et les deux ministères, mais aussi un plan de paiement pour régler le reste de sa dette à l'INPPAZ et verser des paiements réguliers à l'avenir. Le Délégué a également assuré le Comité que, dans le cas où son gouvernement décidait qu'il ne pouvait pas s'acquitter de ses obligations, il serait le premier à en informer la Directrice pour qu'elle puisse prendre des mesures soit pour transférer l'Institut soit pour le fermer.

308. En ce qui concernait les problèmes des ressources humaines, la Déléguée des États-Unis a demandé à la Directrice d'expliquer les critères qui étaient utilisés pour déterminer si un poste devait être situé au Siège ou ailleurs dans la Région. Elle a également demandé à la Directrice d'élaborer ses commentaires concernant la rotation du personnel, en particulier l'exemption apparente du personnel du Siège de la règle des cinq ans.

309. Le Délégué du Canada a noté que lors de la 38^e session du Sous-Comité de planification et programmation, le Secrétariat avait indiqué qu'il préparerait un rapport sur la coopération technique entre pays (CTP) pour présentation au Comité exécutif. Sa délégation estimait que ce thème était important et espérait que le rapport serait prêt dans un avenir proche.

310. La Directrice a indiqué que les principaux facteurs entrant dans la décision sur l'emplacement des postes étaient la nature du travail concerné et la focalisation de l'action pour le poste en question. Dans le cas d'un programme qui portait sur un problème de santé concentré dans une zone géographique particulière, il était plus logique de situer le poste dans cette zone. Cette façon de faire réduisait les coûts de transaction et il était ainsi

plus facile pour les pays concernés de bénéficier pleinement de la coopération technique de l'Organisation. Le poste pour le conseiller régional sur la dengue par exemple, avait été récemment décentralisé et réinstallé à Panama pour cette raison. Pour ce qui était de la rotation du personnel, elle a expliqué que tout le personnel des Nations Unies était assujéti aux directives établies par la Commission de recrutement dans la fonction publique internationale qui prévoyait que la longueur maximum d'une affectation à tout lieu d'affectation devait être de cinq ans, à moins qu'il y ait des circonstances justifiant sa prorogation. Dans la pratique toutefois, la règle avait été appliquée de façon moins rigoureuse pour le personnel travaillant au siège d'organisations internationales. Cela avait été le cas à l'OPS, mais le principe de la rotation était appliqué dans tous les bureaux de terrain, et il était également introduit au Siège de façon progressive.

311. Concernant le rapport sur la CTP, elle a dit qu'elle comptait que ce rapport serait présenté au Comité l'année suivante. L'Organisation maintenait une base de données d'information sur les fonds et les projets de CTP, et elle serait heureuse de mettre immédiatement cette information à la disposition des Membres sur leur demande. Toutefois, la préparation d'un rapport plus approfondi prendrait du temps et pour cette raison elle proposait qu'il soit présenté au Comité en juin 2005.

312. Le Comité a accepté de considérer le sujet de la CTP lors de sa 136^e session en juin 2005.

Clôture de la Session

313. Notant que le Honduras, le Pérou et la République dominicaine avaient atteint la fin de leur mandat au Comité exécutif, le Président a remercié les représentants de ces pays pour leur service. Il souhaitait rendre un hommage particulier au représentant de la République dominicaine, le Dr José Rodríguez Soldevila, qui avait terminé son deuxième mandat, après avoir été en exercice au Comité exécutif de 1978 à 1982 et ensuite à nouveau de 2000 à ce jour. Il a loué l'engagement de toute une vie du Dr Rodríguez Soldevila aux soins de santé primaires, et l'a décrit comme une force motrice pour l'OPS et le Comité exécutif.

314. La Directrice a également loué l'engagement du Dr Rodríguez Soldevila aux soins de santé primaires en notant qu'il avait assumé ses responsabilités ministérielles immédiatement après la conférence d'Alma-Ata. Parmi les ministres de la santé en fonction dans la Région, il était le seul à pouvoir évoquer ce point de départ historique. Au nom du Comité exécutif, elle a offert un cadeau de commémoration au Dr Rodríguez Soldevila.

315. Le Dr Rodríguez Soldevila a dit que lorsqu'en juin 1982, dans une scène semblable au Comité exécutif il avait fait ses adieux à l'Organisation, il avait pensé qu'il coupait ses contacts avec elle, autres que les liens d'affection entre lui-même et les personnes de l'OPS avec lesquelles il avait travaillé. Comme personne ne pouvait prédire l'avenir, il n'avait aucune idée que des années plus tard, il reprendrait les mêmes fonctions et retournerait une fois de plus à l'OPS. Les deux périodes avaient chacune renforcé son affection pour l'Organisation et renforcé également son savoir et son dévouement à la santé publique. Même si à l'avenir, il n'était plus Ministre de la Santé de son pays et non plus un délégué aux Organes directeurs, il était prêt à apporter toute l'aide et tout le soutien que l'Organisation pouvait lui demander.

316. Après l'échange de politesses habituel, le Président a déclaré la clôture de la 134^e session.

Résolutions et décisions

317. Les paragraphes suivants sont les résolutions adoptées et les décisions prises par le Comité exécutif lors de sa 134^e session :

Résolutions

CE134.R1 Stratégie pour augmenter le taux de recouvrement des contributions

LA 134^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant pris connaissance du rapport du Directeur ayant trait à la stratégie en vue d'augmenter le taux de recouvrement des contributions (document CE134/17);

Notant que même si les recouvrements pour l'exercice biennal 2002-2003 ont dépassé les montants recouverts lors de chacun des trois derniers exercices, le Directeur s'est néanmoins engagé à améliorer le taux de recouvrement des arriérés; et

Notant que la stratégie proposée en vue d'améliorer le taux de recouvrement requiert une modification du Règlement financier de l'Organisation,

DÉCIDE :

1. De prendre acte du rapport du Directeur concernant la Stratégie en vue d'augmenter le taux de recouvrement des contributions (document CE134/17).

2. De remercier les États Membres qui ont déjà effectué des paiements en 2004 et de prier instamment les autres États Membres qui ont des arriérés de s'acquitter rapidement de leurs obligations financières à l'égard de l'Organisation.

3. De recommander au 45^e Conseil directeur d'approuver les modifications ci-après portées au Règlement financier de l'Organisation autorisant le paiement de contributions en monnaie nationale :

Article VI du Règlement financier

6.6 Les contributions seront déterminées en dollars des États-Unis ~~et payées en dollars des États-Unis~~, **et seront payées soit en dollars des États-Unis soit dans d'autres monnaies nationales, tel que déterminé par le Directeur.**

6.7 **Les paiements en monnaies autres que le dollar des États-Unis seront versés au crédit des comptes des Membres au taux de change des Nations Unies en vigueur à la date de réception par l'Organisation panaméricaine de la Santé ou au taux de change du marché si on juge prudent de convertir l'excédent de monnaie.**

(Les articles 6.7 à 6.9 seront renumérotés 6.8 à 6.10)

4. De remercier le Directeur d'avoir pris cette initiative, de lui demander de bien vouloir continuer à informer les États Membres des montants exigibles et de soumettre un rapport sur l'état du recouvrement des contributions au 45^e Conseil directeur

(Troisième réunion, le 22 juin 2004)

CE134.R2 Recouvrement des contributions

LA 134^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant examiné le rapport du Directeur sur le recouvrement des contributions (document CE134/18 et Add. I), et le rapport relatif aux États Membres dont les arriérés de contributions dans ont atteint un niveau qui pourrait justifier l'application de l'Article 6.B de la Constitution de l'Organisation panaméricaine de la Santé;

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

Notant avec préoccupation que 24 États Membres n'ont effectué aucun versement de contribution évaluée pour 2004 et que le montant recouvré pour les contributions de 2004 ne représente que 23% seulement du total des contributions évaluées pour l'année en cours,

DÉCIDE :

1. De prendre note du rapport du Directeur sur le recouvrement des contributions (document CE134/18 et Add. I).
2. De remercier les États Membres qui ont déjà versé leur contribution pour 2004 et de prier instamment les autres États Membres de régler leurs contributions en suspens dans les plus bref délais.
3. De recommander au 45^e Conseil directeur que les restrictions au droit de vote prescrites par l'article 6.B de la Constitution de l'OPS soient strictement appliquées aux États Membres qui, à la date de l'ouverture de présente session, n'auraient pas effectué de paiements substantiels au titre de leurs obligations de contributions et aux États Membres qui n'auraient pas effectués les paiements prévus conformément à leur plan de paiements différés.
4. De demander au Directeur de continuer à informer les États Membres de tout solde en suspens et de soumettre un rapport sur l'état du recouvrement des contributions au 45^e Conseil directeur.

(Sixième réunion, le 24 juin 2004)

CE134.R3 Ordre du jour provisoire du 45^e Conseil directeur de l'OPS, 56^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques

LA 134^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant examiné l'ordre du jour provisoire (document CD45/1) préparé par le Directeur pour le 45^e Conseil directeur de l'OPS, 56^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques, figurant à l'annexe au document CE134/4, Rév. 1; et

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

DÉCIDE :

D'approuver l'ordre du jour provisoire ci-joint (document CD45/1) préparé par le Directeur pour le 45^e Conseil directeur de l'OPS, 56^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques.

(Septième réunion, le 24 juin 2004)

CE134.R4 Intensification du traitement dans le cadre d'une réponse intégrée au VIH/SIDA

LA 13^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant examiné le rapport « Intensification du traitement dans le cadre d'une réponse intégrée au VIH/SIDA » (document CE134/13),

DÉCIDE :

De recommander au Conseil directeur d'adopter une résolution qui serait rédigée dans les termes suivants :

LE 45^e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant examiné le rapport « Intensification du traitement dans le cadre d'une réponse intégrée au VIH/SIDA » (document CE134/13);

Reconnaissant la pandémie croissante du VIH/SIDA en Amérique latine et dans les Caraïbes où plus de 2 millions de personnes vivant avec le VIH/SIDA dans la région et 200.000 décès causés par le SIDA ont été enregistrés en 2003;

Reconnaissant que les Caraïbes accusent le deuxième taux le plus élevé de prévalence du VIH/SIDA dans le monde après l'Afrique subsaharienne et que les taux de prévalence s'accroissent rapidement en Amérique centrale;

Conscient que la pandémie de VIH/SIDA pose un défi pour les systèmes de santé dans tous les pays des Amériques;

Considérant que le traitement des personnes vivant avec le VIH/SIDA dans les Amériques n'a pas progressé au même rythme que les efforts de prévention en raison, jusqu'à récemment, des coûts élevés des médicaments et des niveaux élevés d'exclusion et

de discrimination sociales ayant comme conséquence un recours limité aux services consultatifs et aux tests volontaires;

Prenant en compte les progrès technologiques, les interventions réussies et les partenariats plus étroits entre protagonistes, ainsi que les débouchés financiers accrus pour intensifier l'accès au traitement des personnes qui vivent avec le VIH/SIDA; et

Considérant le lancement de l'initiative « 3 millions d'ici 2005 » par le Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé,

DÉCIDE :

1. De prier instamment les États Membres :

- a) d'intensifier les efforts pour traiter le VIH/SIDA et les MST dans le contexte d'une réponse intégrée à la pandémie;
- b) de renforcer les systèmes de santé en vue d'une réponse efficace aux défis du VIH/SIDA et des MST, et d'élargir les rapports avec les services connexes, notamment ceux se rapportant à la tuberculose et à la santé maternelle et infantile;
- c) d'assurer la fourniture efficace et fiable de médicaments, diagnostics et autres produits nécessaires à l'intensification du traitement;
- d) d'assurer un environnement propice, incluant l'engagement politique et le leadership, des partenariats et la mobilisation communautaire;
- e) de soutenir et de renforcer les activités de prévention et la réduction de la discrimination dans les services de santé, en particulier ceux destinés à prévenir la transmission de la mère à l'enfant, les services de consultatifs et les tests volontaires, le contrôle des MST et l'élimination de la syphilis congénitale, et les services destinés aux groupes vulnérables, notamment les jeunes, les hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes, les migrants, les professionnels du sexe et les utilisateurs de drogues injectables;
- f) de renforcer la capacité de surveillance des programmes techniques pour suivre l'évolution de la pandémie et l'impact des interventions, en ajustant en conséquence les réponses et les stratégies nationales;
- g) de suivre le flux des ressources internes et externes à l'appui de la réponse intégrée au VIH/SIDA et d'identifier les ressources nécessaires pour intensifier le traitement.

2. De demander au Directeur :
 - a) de continuer à mettre au point des mécanismes pour intensifier le traitement dans le cadre d'une réponse intégrée au VIH/SIDA dans les Amériques, notamment l'expansion du Fonds de roulement régional pour les fournitures sanitaires stratégiques, l'application d'outils et de directives, le développement et la formation des ressources humaines et d'autres mesures appropriées à l'appui des systèmes de santé et renforcement des services;
 - b) d'articuler et de consolider les efforts déployés par l'OPS pour intensifier le traitement dans le cadre de l'Initiative globale « 3 millions d'ici 2005 » promue par l'Organisation mondiale de la Santé pour que les États Membres puissent bénéficier des synergies de ces efforts;
 - c) de continuer à encourager des partenariats avec les agences qui co-parrainent le Programme conjoint des Nations Unies pour le SIDA (ONUSIDA), ainsi qu'avec d'autres institutions et agences dans la lutte contre le VIH/SIDA dans les Amériques;
 - d) de continuer à favoriser le partage des expériences régionales et extra-régionales et le développement de la capacité dans la prévention et le contrôle du VIH/SIDA et des MST.

(Septième réunion, le 24 juin 2004)

CE134.R5 Rapport financier du Directeur et rapport de l'Auditeur externe pour l'exercice 2002-2003

LA 134^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant examiné le Rapport financier du Directeur et le Rapport de l'Auditeur externe pour l'exercice 1^{er} janvier 2002-31 décembre 2003 (Document officiel 315),

DÉCIDE :

1. De transmettre le *Rapport financier du Directeur et le Rapport de l'Auditeur externe pour l'exercice 1^{er} janvier 2002-31 décembre 2003 (Document officiel 315)* au 45^e Conseil directeur.

2. De noter que les états financiers pour la période biennale 2002-2003 sont présentés conformément aux Normes de comptabilité du Système des Nations Unies, ce qui a contribué à une amélioration de l'information financière et de la clarté des états.
3. De rendre hommage à l'Organisation pour les efforts qu'elle a déployés pour assurer le suivi et le renforcer la situation financière du Centre d'épidémiologie des Caraïbes, de l'Institut d'alimentation et de nutrition des Caraïbes et de l'Institut de nutrition d'Amérique centrale et Panama, notamment pour obtenir des sources d'appui supplémentaires et encourager des efforts communs en vue de l'amélioration et la mise en œuvre de stratégies destinées à améliorer leur situation financière.
4. De demander que l'OPS fasse régulièrement rapport au Comité exécutif sur les travaux du Bureau d'audit et de supervision internes de l'OPS.
5. De féliciter le Directeur des efforts fructueux qu'il a réalisés pour maintenir l'Organisation dans une position financière solide.

(Septième réunion, le 24 juin 2004)

CE134.R6 Accès aux médicaments

LA 134^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant examiné le rapport du Directeur sur l'accès aux médicaments (document CE134/12),

DÉCIDE :

De recommander au Conseil directeur d'adopter une résolution qui serait rédigée dans les termes suivants :

Le 45^e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant examiné le rapport du Directeur sur l'accès aux médicaments (document CD45/10);

Gardant à l'esprit que l'accès aux médicaments et autres produits de base en santé publique est une priorité mondiale, en vertu de la Déclaration du Millénaire des Nations Unies;

Tenant compte de l'accès insuffisant et inéquitable aux médicaments essentiels et autres fournitures de santé publique qui existe dans les pays des Amériques, non seulement l'accès aux produits requis dans le traitement du VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme, mais aussi aux produits utilisés dans la prévention et le traitement de maladies non transmissibles, telles que le diabète, l'hypertension, le cancer, les insuffisances rénales et autres maladies importantes pour la santé publique;

Considérant les défis auxquels sont confrontés les États Membres pour régler ce problème, en particulier dans la sélection de produits de qualité, le financement, l'acquisition, la restriction des coûts, les réglementations relatives à la propriété intellectuelle, et la gestion de l'offre; et

Reconnaissant les résultats obtenus par des pays des Amériques en matière de mise au point d'une politique de médicaments fondée sur les principes de sécurité, de qualité et de rendement, ainsi que leur contribution au développement d'une capacité d'établissement de règlements dans la Région au moyen de tribunes telles que le Réseau panaméricain pour l'harmonisation des règles relatives aux médicaments,

DÉCIDE :

1. D'exhorter les États Membres :
 - a) à accorder priorité au problème de l'accès aux médicaments et autres produits essentiels de la santé publique en se concentrant sur les facteurs déterminants de l'accès au niveau national, tout en mettant un accent particulier sur les secteurs pauvres et marginalisés;
 - b) à une politique de production de médicaments génériques en vue d'accroître la disponibilité des médicaments essentiels et l'accès à ceux-ci, en assurant la qualité et la sûreté des produits au moyen d'une réglementation efficace et de la promotion d'une utilisation rationnelle des médicaments génériques à l'aide de mesures d'incitation à l'intention des fournisseurs et des utilisateurs;
 - c) à continuer à appliquer large éventail de stratégies de restriction des coûts pour les fournitures essentielles de santé publique afin de maximiser l'efficacité et l'utilisation des ressources et de suivre et évaluer l'incidence de ces stratégies sur les prix et l'accès;
 - d) à mettre en œuvre dans la Région des Amériques la résolution WHA57.14 adoptée à la Cinquante-septième Assemblée mondiale de la Santé, spécifiquement pour ajuster les législations nationales afin de maximiser les avantages qu'offre l'Accord de l'Organisation mondiale du commerce sur les aspects commerciaux de

- la propriété intellectuelle (ADPIC) et pour faire en sorte que les accords commerciaux bilatéraux tiennent compte de la Déclaration ministérielle de DOHA sur l'accord ADPIC et la santé publique;
- e) à reconnaître l'importance de la gestion de l'offre qui assure la continuité de l'accès aux médicaments et aux fournitures essentielles de santé publique, et à renforcer en conséquence les systèmes de gestion de l'offre pharmaceutique.
2. D'exhorter le Directeur :
- a) à appuyer le développement de réseaux et de partenariats avec la participation active des parties prenantes clés pour exécuter un programme de travail favorisant la formulation de politiques de médicaments génériques dans la Région, le développement et le suivi de stratégies de restriction des coûts en conformité aux lois et accords internationaux applicables, et le renforcement de la capacité de gestion de l'offre;
- b) à continuer à renforcer le Fonds régional de roulement pour les fournitures sanitaires stratégiques comme mécanisme de passation de marchés en appui au programme technique de travail dans la promotion de l'accès aux médicaments dans la Région.

(Septième réunion, le 24 juin 2004)

CE134.R7 Les organisations non gouvernementales maintenant des relations officielles avec l'OPS

LA 134^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant étudié le rapport du Comité permanent sur les Organisations non gouvernementales (document CE134/8, Add. I); et

Conscient des dispositions des *Principes régissant les relations entre l'Organisation panaméricaine de la Santé et les organisations non gouvernementales* (1995, revues en 2000),

DÉCIDE :

1. D'autoriser le Réseau sanitaire des femmes d'Amérique latine et les Caraïbes (RSMLAC) à maintenir des relations officielles avec l'OPS.

2. De poursuivre pendant une période de quatre ans les relations officielles de l'OPS avec le Collège interaméricain de radiologie (ICR), l'Association latino-américaine des industries pharmaceutiques (ALIFAR), la Fédération latino-américaine des hôpitaux (FLH), la Fédération panaméricaine des Associations d'écoles de médecine (FEPAFEM), la Fédération panaméricaine d'infirmiers professionnels (FEPPEN) et l'Organisation internationale des Associations de consommateurs (CI-ROLAC).
3. De mettre un terme aux relations officielles entre l'OPS et l'Union panaméricaine pour le contrôle des maladies sexuellement transmissibles (UPACITS, anciennement ULACETS),
4. De demander au Directeur :
 - a) de saisir les ONG sous références des décisions prises par le Comité exécutif;
 - b) de continuer à forger des relations de travail dynamiques avec des ONG interaméricaines présentant un intérêt pour l'Organisation dans des domaines qui relèvent des priorités des programmes adoptées par les Organes directeurs pour l'OPS;
 - c) de continuer à développer des relations entre les États Membres et les ONG œuvrant dans le domaine de la santé.

(Huitième réunion, le 25 juin 2004)

CE134.R8 Contribution de l'OPS à la réalisation des objectifs de développement de la déclaration du millénaire des Nations Unies

LA 134^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant examiné le rapport "Objectifs de développement pour le millénaire et cibles sanitaires" (document CE134/10);

Reconnaissant l'importance des objectifs de la Déclaration du Millénaire des Nations Unies en tant que stratégie ciblée visant à améliorer la santé des peuples des Amériques et à diminuer les inégalités existantes au sein des pays et entre ces derniers;

Sachant la place centrale des objectifs de la Déclaration du Millénaire des Nations Unies dans les priorités stratégiques de l'OPS, et

Reconnaissant la stratégie conçue par l'OPS pour atteindre les objectifs de développement du millénaire,

DÉCIDE :

De recommander au Conseil directeur d'adopter une résolution qui serait rédigée dans les termes suivants :

LE 45^e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant examiné le rapport "Objectifs de développement pour le millénaire et cibles sanitaires" (document CD45/8);

Reconnaissant les objectifs de la Déclaration du Millénaire des Nations Unies et le ferme engagement des gouvernements de la Région d'atteindre ces objectifs;

Conscient du lien étroit entre les objectifs de la Déclaration du Millénaire des Nations Unies et la vision de l'OPS/OMS à savoir la santé pour tous; et

Comprenant l'importance de la réalisation des objectifs fixés dans la Déclaration du Millénaire des Nations Unies en vue de réduire les inégalités sur le plan de la santé dans la Région des Amériques,

DÉCIDE :

1. De demander aux États Membres :
 - a) de renforcer l'engagement politique envers les objectifs de la Déclaration du Millénaire des Nations Unies à tous les niveaux de gouvernance et d'accorder la priorité à la réalisation de ces objectifs dans les plans de développement économique et social aux niveaux régional, sous-régional, national et local;
 - b) de sensibiliser davantage aux priorités de santé fixées par les objectifs de la Déclaration du Millénaire et d'assurer la prise en charge du processus par les pays au moyen de la tenue généralisée de dialogues en matière de politiques, de partenariats et d'action intersectorielle;
 - c) d'encourager des partenariats pour la réalisation des objectifs de développement de la Déclaration du millénaire dans les forums politiques et économiques sous-régionaux afin de renforcer l'engagement des États Membres envers le développement sanitaire et social en tant que responsabilité partagée;

- d) d'accroître les initiatives en matière de développement de la santé sur le plan national et de protection sociale en santé, surtout aux niveaux national et sous-régional pour appuyer les objectifs de la Déclaration du Millénaire;
- e) d'intégrer davantage les efforts nationaux visant à la réalisation des objectifs de la Déclaration du Millénaire aux initiatives concernant des objectifs et cibles de santé et des politiques sanitaires axées sur des résultats concrets;
- f) de rechercher et accroître la coopération avec d'autres partenaires pour faire progresser le programme des objectifs de la Déclaration du Millénaire aux niveaux régional, sous-régional et national;
- g) d'appuyer une forte participation de la société civile à tous les niveaux pour la réalisation des objectifs de la Déclaration du Millénaire, et spécifiquement pour l'inclusion des femmes, des groupes ethniques et raciaux et des populations autochtones;
- h) d'améliorer l'évaluation et le suivi régulier des progrès obtenus dans la réalisation des objectifs de la Déclaration du Millénaire en s'appuyant sur des données sanitaires ventilées et de haute qualité;
- i) d'entamer, de faciliter et de soutenir une recherche venant renforcer la base de données probantes pour la réalisation des objectifs de la Déclaration du Millénaire et créer une nouvelle base de connaissance surtout en ce qui concerne les synergies en santé.

2. De demander au Directeur :

- a) de redoubler d'efforts pour aider les pays à formuler et à mettre en œuvre des plans nationaux d'action pour la réalisation des objectifs de la Déclaration du Millénaire et pour une utilisation rationnelle des ressources de l'aide au développement;
- b) de continuer à utiliser les objectifs de la Déclaration du Millénaire comme élément essentiel de la coopération de l'OPS dans tous les domaines techniques pertinents surtout avec les pays et les groupes de populations ayant le plus grand besoin d'atteindre les objectifs de la Déclaration du Millénaire;
- c) de continuer à intégrer les objectifs de la Déclaration du Millénaire au programme des travaux généraux de l'OPS et à la gestion axée sur les résultats;
- d) de intensifier les efforts de mobilisation des ressources humaines et financières et des partenariats pour aider les pays des Amériques à mettre en œuvre leurs

- stratégies nationales se rapportant aux objectifs sur le plan santé de la Déclaration du Millénaire;
- e) de intégrer les activités de l'OPS liées aux objectifs de la Déclaration du Millénaire à d'autres efforts stratégiques de santé dans la Région des Amériques, notamment aux activités des entités sous-régionales et régionales, les stratégies de réduction de la pauvreté mises au point par les Nations Unies et les banques de développement et l'investissement dans le renforcement des systèmes de santé;
 - f) d'apporter un soutien technique à la réunion régionale des ministres de la santé qui se tiendra en Argentine en juin 2005 pour évaluer les progrès enregistrés dans l'atteinte des objectifs de santé de la Déclaration du Millénaire; et
 - g) d'assurer un suivi continue des progrès nationaux et régionaux vers la réalisation des objectifs de santé ; d'évaluer les expériences et de partager les pratiques optimales entre les pays.

(Huitième séance, 25 juin 2004)

CE134.R9 Observatoire des ressources humaines en santé

LA 134^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant examiné le document SPP38/5 sur l'Observatoire des ressources humaines en santé;

Tenant compte de la résolution CE128.R3 sur le développement et le renforcement de la gestion des ressources humaines dans le secteur de la santé (2001); et

Reconnaissant le rôle clé des ressources humaines dans la mise en place de systèmes et de politiques sanitaires équitables et reconnaissant l'importance de mécanismes de participation, fondés sur des données probantes, pour la formulation de plans et politiques efficaces et durables des ressources humaines,

DÉCIDE :

De recommander au Conseil directeur d'adopter une résolution qui serait rédigée dans les termes suivants :

LE 45^e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant examiné le document CD45/9 sur l'Observatoire des ressources humaines en santé ainsi que la résolution CE138.R3 sur le Développement et le renforcement de la gestion des ressources humaines dans le secteur de la santé (2001) ;

Reconnaissant l'importance de la formulation de politiques et plans efficaces pour les ressources humaines en vue d'obtenir un accès universel à des services de santé de qualité et de satisfaire les besoins prioritaires de nos populations en matière de santé,

DÉCIDE :

1. De demander aux États Membres :
 - a) de traiter les problèmes persistants ou nouveaux se rapportant à la disponibilité, la composition, la répartition et la performance des ressources humaines en santé, qui posent des obstacles de taille à la réalisation de l'objectif de l'accès universel à des services de santé de qualité et à l'équité sur le plan de la santé;
 - b) de faire preuve de leadership efficace dans l'élaboration d'un plan national de développement des ressources humaines et rechercher la participation active des parties pertinentes à toutes les étapes du processus de formulation des politiques;
 - c) de investir dans le développement des ressources humaines pour étayer la stratégie des soins de santé primaires et de fourniture de services essentiels de santé publique à titre d'appui déterminant à la réalisation des objectifs de la Déclaration du Millénaire;
 - d) de renforcer leur participation à l'Observatoire des ressources humaines en santé en tant que stratégie adéquate de définition des priorités et de formulation de politiques durables.
2. De demander au Directeur de :
 - a) d'intensifier la coopération technique avec les pays pour la formulation et la mise en œuvre de politiques et plans efficaces de ressources humaines
 - b) d'élargir la portée de l'initiative de l'Observatoire des ressources humaines pour relever les nouveaux défis se présentant au niveau du développement des ressources humaines;

- c) de contribuer à l'élaboration d'une stratégie régionale pour traiter les problèmes prioritaires découlant du mouvement des ressources humaines entre les pays;
- d) d'évaluer l'Initiative pendant l'exercice biennal 2006-2007 consistant à définir les futurs profils de la coopération technique de l'OPS dans ce domaine.

(Huitième réunion, 25 juin 2004)

CE134.R10 Politique du budget programme régional

LA 134^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant examiné le document CE134/9 et son appendice qui contient un rapport sur la procédure utilisée pour examiner la politique actuelle de préparation du budget programme régional et qui présente une nouvelle proposition pour ladite politique;

Rappelant la résolution CD44.R10 du 44^e Conseil directeur notant la nécessité de mettre à jour la politique du budget programme régional dans le but de définir des critères permettant une allocation budgétaire plus équitable entre les pays; et

Tenant compte de la décision de la Cinquante-septième Assemblée mondiale de la Santé relative au besoin de définir des critères concernant les allocations régionales de l'Organisation mondiale de la Santé et à la mise en place d'un cadre appelé à orienter la formulation des budgets programmes de l'OMS

DÉCIDE :

1. De demander au Directeur de solliciter des commentaires écrits et de les communiquer aux États Membres.
2. D'acheminer la politique du budget programme régional comprise dans l'appendice au document CE134/9 au 45^e Conseil directeur en y incluant les commentaires du Comité exécutif et d'autres États Membres.
3. De recommander au 45^e Conseil directeur de discuter de manière approfondie de l'applicabilité du modèle et d'adopter la résolution suivante :

LE 45^e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant examiné le document CD45/7 et son appendice qui contient une nouvelle politique du budget programme régional définissant un nouveau mode d'allocation des ressources au sein de l'Organisation;

Rappelant la Stratégie de gestion des travaux du Bureau sanitaire panaméricain pour la période 2003-2007, recommandant une approche stratégique et souple pour le budget programme afin d'étayer la mise en œuvre du 11^e Programme de travaux généraux de l'OMS et du Plan stratégique 2003-2007 du Bureau sanitaire panaméricain;

Rappelant en outre la résolution CD44.R10 du 44^e Conseil directeur notant la nécessité de mettre à jour la politique du budget programme régional pour définir des critères permettant une allocation budgétaire plus équitable entre les pays;

Conscient que la Cinquante-septième Assemblée mondiale de la Santé a décidé d'abroger la résolution WHA51.31, en recommandant une nouvelle méthode d'allocation des fonds aux Régions de l'OMS et la mise en place d'un nouveau cadre appelé à orienter la formulation des budgets programmes de l'OMS;

Notant la priorité croissante accordée aux pays, surtout les pays clés identifiés dans le Plan stratégique 2003-2007 pour le Bureau sanitaire panaméricain ainsi que la proposition du Directeur général de transférer davantage de ressources vers les Régions et les pays;

Soucieux que les pays des Amériques redoublent d'efforts pour atteindre, d'ici 2015, les objectifs de la Déclaration du Millénaire des Nations Unies et autres objectifs régionaux;

Considérant les commentaires faits par le Comité exécutif et d'autres États Membres,

DÉCIDE

1. De remercier le Groupe consultatif de la Politique du budget programme régional de l'OPS ainsi que le Secrétariat des efforts qu'ils ont déployés pour mettre au point des critères appelés à régir l'allocation de fonds du budget ordinaire et fonds extrabudgétaires par niveau fonctionnel, domaines d'activités et entre les pays.
2. De prendre note du modèle proposé pour l'allocation des fonds entre les pays.

3. D'approuver la nouvelle politique du budget programme régional de l'OPS telle que présentée dans le document CD45-__.
4. De veiller à ce que les allocations pour les pays dans les futurs budgets programmes de l'OPS approuvés par le Conseil, soient fondées sur un modèle qui :
 - a) assure un seuil minimal de coopération entre les pays;
 - b) répartisse les fonds alloués aux pays en fonction de critères axés sur les besoins;
 - c) soit suffisamment souples pour répondre aux besoins changeants et aux circonstances spéciales;
 - d) soit transparent, simple et constant;
 - e) puisse être introduit graduellement sur deux ou au plus trois exercices biennaux, de sorte que les changements au niveau des allocations protègent les priorités clés établies dans les programmes des pays.
5. D'encourager l'établissement de priorités dans les allocations aux programmes qui appuient la réalisation des objectifs sur le plan santé de la Déclaration du Millénaire.
6. De faire respecter les critères selon lesquels un minimum de 40% des allocations du budget-programme devrait être attribué au pays et un minimum de 5 % à l'échelle sous-régionale.
7. De demander au Directeur :
 - a) d'appliquer la nouvelle politique du budget programme régional à la formulation des futurs budgets programmes, tel que décidé par le Conseil directeur;
 - b) de présenter au Conseil directeur ou à la Conférence sanitaire panaméricaine une évaluation approfondie de la politique du budget programme régional après trois exercices biennaux de mise en œuvre pour s'assurer qu'elle continue à répondre aux besoins sanitaires changeants et reste conforme à l'allocation équitable des ressources.

(Neuvième réunion, 25 juin 2004)

CE134.R11 Prix d'administration de L'OPS, 2004

LA 134^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant examiné le rapport du Jury du Prix d'Administration de l'OPS, 2004 (document CE134/7, Add. I); et

Reconnaissant les dispositions des procédures et directives régissant l'octroi du Prix d'Administration de l'OPS, lesquelles ont été approuvées par la 18^e Conférence sanitaire panaméricaine (1970) et modifiées par la 24^e Conférence sanitaire panaméricaine (1994) et la 124^e session du Comité exécutif (1999),

DÉCIDE :

1. De prendre note de la décision du Jury du Prix d'Administration d'octroyer le Prix d'Administration de l'OPS, 2004 à M. Gastão de Souza Campos pour sa contribution remarquable à la transformation du modèle de soins de santé par la mise au point d'une méthode de gestion qui accroît la démocratisation des services grâce au renforcement des liens entre les services et les usagers du Système unifié de santé (SUS) au Brésil.
2. De demander au Comité exécutif de réviser les conditions et les procédures régissant l'octroi du Prix, compte tenu de la nécessité d'une adaptation aux demandes nouvelles et plus diverses des pays, notamment une campagne active de promotion au niveau national afin d'identifier des candidats conformes au profil requis. Une telle adaptation exigera la participation active des ministères de la Santé, des institutions universitaires et de recherche ainsi que des représentants nationaux de l'OPS/OMS.
3. De rendre hommage à la contribution de tous les candidats et particulièrement à celles de Mme Ida Berenice Molina du Honduras et de Mme Edna Araceli López A. du Guatemala pour l'excellent travail qu'elles ont accompli pour améliorer les conditions de santé dans leur pays.
4. De transmettre le rapport du Jury du Prix d'Administration, 2004 (document CE134/7, Add. I) au 45^e Conseil directeur.

(Neuvième séance, le 25 juin 2004)

Décisions

CE134(D1) Adoption de l'ordre du jour

Conformément à l'Article 9 du Règlement intérieur du Comité exécutif, le Comité a adopté, sans modification, l'ordre du jour proposé par la Directrice (document CE134/1, Rév. 1).

(Première séance, 21 juin 2004)

CE134(D2) Représentation du Comité exécutif lors du 45^e Conseil directeur de l'OPS, 56^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques

Conformément à l'Article 54 de son Règlement intérieur, le Comité exécutif a décidé de nommer son Président (Dominique) et son Vice-Président (Honduras) pour représenter le Comité lors du 45^e Conseil Directeur, 56^e Session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques. Comme remplaçants à ces représentants, le Comité a nommé, respectivement, les délégués du Costa Rica et du Paraguay.

(Première séance, 21 juin 2004)

CE134(D3) Bâtiments et autres locaux de l'OPS

Le Comité exécutif a autorisé le Secrétariat à procéder aux réparations des garages du sous-sol et du deuxième sous-sol du bâtiment du Siège de l'OPS décrites dans le document CE134/19.

(Cinquième séance, 23 juin 2004)

PAR CONSÉQUENT ET EN FOI DE QUOI, le Président du Comité exécutif et le Secrétaire de droit, Directrice du Bureau sanitaire panaméricain, signent le présent Rapport final dans les langues anglaise et espagnole, les deux textes étant identiques.

FAIT à Washington, DC, États-Unis d'Amérique, en ce vingt-cinquième jour de juin de l'an deux mille quatre. Le Secrétaire déposera les textes originaux dans les archives du Bureau sanitaire panaméricain et fera parvenir des exemplaires du rapport aux États Membres de l'Organisation.

Herbert Sabaroche
Délégué de la Dominique
Président de la 134^e session
du Comité exécutif

Mirta Roses Periago
Secrétaire de droit de la 134^e session
du Comité exécutif
Directrice du Bureau sanitaire panaméricain

ORDRE DU JOUR

1. OUVERTURE DE LA SESSION

2. QUESTIONS RELATIVES AU REGLEMENT

- 2.1 Adoption de l'ordre du jour et du programme des réunions
- 2.2 Représentation du Comité exécutif lors du 45^e Conseil directeur de l'OPS, 56^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques
- 2.3 Ordre du jour provisoire du 45^e Conseil directeur de l'OPS, 56^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques

3. QUESTIONS RELATIVES AUX COMITES

- 3.1 Rapport sur la 38^e session du Sous-Comité de planification et de programmation
- 3.2 Rapport de situation du Groupe de travail sur l'OPS au 21^e siècle
- 3.3 Prix de l'OPS pour l'Administration, 2004
- 3.4 Organisations non gouvernementales en relations officielles avec l'OPS
 - Examen périodique des organisations non gouvernementales en relations officielles avec l'OPS
 - Considération des demandes d'admission reçues

4. QUESTIONS RELATIVES A LA POLITIQUE DES PROGRAMMES

- 4.1 Rapport de situation du Groupe de travail sur la politique budgétaire régionale
- 4.2 Objectifs de développement pour le millénaire et cibles sanitaires
- 4.3 Observatoire des ressources humaines en santé

4. QUESTIONS RELATIVES A LA POLITIQUE DES PROGRAMMES (*suite*)

- 4.4 Accès aux médicaments
- 4.5 Intensification du traitement dans le cadre d'une réponse intégrée au VIH/SIDA
- 4.6 Règlement sanitaire international : Perspectives de la Région des Amériques
- 4.7 Onzième programme général de travail de l'OMS
- 4.8 Évaluation décennale de l'Initiative régionale des données sanitaires de base

5. QUESTIONS ADMINISTRATIVES ET FINANCIERES

- 5.1 Stratégie pour augmenter le taux de recouvrement des contributions
- 5.2 Rapport sur le recouvrement des contributions
- 5.3 Rapport financier du Directeur et Rapport financier du vérificateur de comptes pour 2002-2003
- 5.4 Bâtiments et autres locaux de l'OPS

6. QUESTIONS RELATIVES AU PERSONNEL

- 6.1 Déclaration du Représentant de l'Association du personnel du BSP

7. QUESTIONS D'ORDRE GENERAL

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

8. AUTRES QUESTIONS

9. CLOTURE DE LA SESSION

LISTE DES DOCUMENTS

Documents officiels

*Doc. off. 315** Rapport financier du Directeur et Rapport financier du vérificateur de comptes, 1^{er} janvier 2002 – 31 décembre 2003

Documents de travail

CE134/1, Rév. 1 Ordre du jour et du programme des réunions
et CE134/WP/1

CE134/3 Représentation du Comité exécutif lors du 45^e Conseil directeur de l'OPS, 56^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques

CE134/4 Ordre du jour provisoire du 45^e Conseil directeur de l'OPS, 56^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques

CE134/5 Rapport sur la 38e session du Sous-Comité de planification et de programmation

CE134/6 Rapport de situation du Groupe de travail sur l'OPS au 21e siècle
et CE134/6, Add. I

CE134/7 Prix de l'OPS pour l'Administration, 2004

CE134/7, Add. I Rapport du Jury du Prix d'Administration de l'OPS, 2004

CE134/8 Organisations non gouvernementales en relations officielles avec l'OPS

CE134/8, Add. I Rapport du Comité Permanent

* Document disponible uniquement en anglais et espagnol

Documents de travail (suite)

CE134/9	Rapport de situation du Groupe de travail sur la politique budgétaire régionale
CE134/9, Add. I	Politique Budget Programme Régionale de l'OPS
CE134/10	Objectifs de développement pour le millénaire et cibles sanitaires
CE134/11	Observatoire des ressources humaines en santé
CE134/12	Accès aux médicaments
CE134/13	Intensification du traitement dans le cadre d'une réponse intégrée au VIH/SIDA
CE134/14	Règlement sanitaire international : Perspectives de la Région des Amériques
CE134/15	Onzième programme général de travail de l'OMS, 2006-2015
CE134/16	Évaluation décennale de l'Initiative régionale des données sanitaires de base
CE134/17	Stratégie pour augmenter le taux de recouvrement des contributions
CE134/18 et CE134/18, Add. I	Rapport sur le recouvrement des contributions
CE134/19	Bâtiments et autres locaux de l'OPS
CE134/20	Déclaration du Représentant de l'Association du personnel du BSP
CE134/21 et CE134/21, Add. I	Résolutions et autres actions de la Cinquante-Septième Assemblée mondiale de la Santé revêtant un intérêt pour le Comité exécutif de l'OPS

*Documents d'information **

CE134/INF/1 Progress Report of the Working Group on PAHO in the 21st Century

CE134/INF/2 Statistics on PASB/WHO Staff

* Document disponible uniquement en anglais et espagnol

LIST OF PARTICIPANTS*
LISTA DE PARTICIPANTES

Members of the Committee
Miembros del Comité

Argentina

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

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

Barbados

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

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

* Document disponible uniquement en anglais et espagnol

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

Costa Rica

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

Sra. Roxana Terán de De La Cruz
Consejera de la Ministra
Misión Permanente de Costa Rica
ante la Organización de los Estados Americanos
Washington, DC

Dominica

Hon. Herbert Sabaroche
Minister of Health and Social Security
Ministry of Health and Social Security
Roseau

Dominican Republic
República Dominicana

Dr. José Rodríguez Soldevila
Secretario de Estado de Salud Pública y Asistencia Social
Secretaría de Salud Pública y Asistencia Social
Santo Domingo

Dra. Carmen Almonte
Coordinadora interinstitucional - Elaboración del
Plan Nacional de Salud
Secretaría de Salud Pública y Asistencia Social
Santo Domingo

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

Dominican Republic (cont.)
República Dominicana (cont.)

Srta. Daverba M. Ortiz
Primera Secretaria de la Misión Permanente de la República Dominicana
ante la Organización de los Estados Americanos
Washington, DC

Honduras

Dr. Manuel Antonio Sandoval Lupiac
Subsecretario de Salud
Secretaría de Estado en el Despacho de Salud
Tegucigalpa, DC

Paraguay

Dr. Julio César Velázquez
Ministro de Salud Pública y Bienestar Social
Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social
Asunción

Dr. Luis Osvaldo Ligier Rios
Director General Unidad Técnica
de Relaciones Internacionales
Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social
Asunción

Peru
Perú

Dra. Pilar Mazzetti Soler
Ministra de Salud
Ministerio de Salud
Lima

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

United States of America
Estados Unidos de América

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

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

Ms. Ruth Frischer
Population, Health, and Nutrition Team Leader
Office of Regional Sustainable Development
Bureau for Latin America and the Caribbean
Agency for International Development
Washington, DC

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

Ms. Lisa Jacobson
Program Analyst
Office of United Nations System Administration
Bureau of International Organization Affairs
Department of State
Washington, DC

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

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

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

Ms. Kelly Saldana
Health Sector Reform Advisor
Bureau for Latin America and the Caribbean
Agency for International Development
Washington, DC

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

Other Member States
Otros Estados Miembros

Canada
Canadá

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

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

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

Canada (cont.)
Canadá (cont.)

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

Chile

Mr. Patricio Powell
Primer Secretario de la Misión Permanente de Chile
ante la Organización de los Estados Americanos
Washington, DC

France
Francia

Mme Sylvie Alvarez
Ambassadrice, Observatrice permanente de la France
près l'Organisation des États Américains
Washington, DC

Pr. Jacques Drucker
Conseiller pour les Affaires sociales et la Santé
près de l'Ambassade de France aux États-Unis
Washington, DC

Mlle Olivia de Maleville
Attachée à la Mission permanente d'Observation de la France
près l'Organisation des États Américains
Washington, DC

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

Mexico (cont.)

México (cont.)

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

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

Lic. Mireya Marroquín Bitar
Jefa del Departamento de Gestión Bilateral
Dirección General de Relaciones Internacionales
Secretaría de Salud
México, D.F.

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

Nicaragua

Lic. Julieta Blandón Miranda
Primera Secretaria de la Misión Permanente de Nicaragua
ante la Organización de los Estados Americanos
Washington, DC

**Observer States
Estados Observadores**

***Spain
España***

Sr. Eduardo Gutiérrez Sáenz de Buruaga
Embajador, Observador Permanente de España
ante la Organización de los Estados Americanos
Washington, DC

Sr. Enrique Asorey
Observador Permanente Adjunto de España
ante la Organización de los Estados Americanos
Washington, DC

**Representatives of Intergovernmental Organizations
Representantes de Organizaciones Intergubernamentales**

**Economic Commission for Latin America and the Caribbean
Comisión Económica para América Latina y el Caribe**

Sr. Fernando Flores

**Inter-American Development Bank
Banco Interamericano de Desarrollo**

Sr. Alfredo Solari
Sr. André Medici

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

Sr. Guillermo Grajales

Representatives of Intergovernmental Organizations (cont.)
Representantes de Organizaciones Intergubernamentales (cont.)

Organization of American States
Organización de los Estados Americanos

Sr. Stephen O. Bender
Srta. Hannah Sarah Faich

Representatives of Nongovernmental Organizations
Representantes de Organizaciones No Gubernamentales

American Society for Microbiology
Sociedad Estadounidense de Microbiología

Dr. Lily E. Schuermann

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

Mr. Horst Otterstetter

Latin American Confederation of Clinical Biochemistry
Confederación Latinoamericana de Bioquímica Clínica

Dr. Norberto V. Cabutti

World Association for Sexology
Asociación Mundial de Sexología

Dr. Esther Corona

**World Health Organization
Organización Mundial de la Salud**

Mrs. Pascale Brudon
Task Manager
General Program of Work
Planning, Resource Coordination, and
Performance Monitoring
Geneva

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

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

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
Director of Administration, a.i.
Directora de Administración, a.i.

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