



ORGANISATION PANAMERICAINE DE LA SANTE
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE



25^e CONFERENCE SANITAIRE PANAMERICAINE 50^e SESSION DU COMITE REGIONAL

Washington, D.C., 21-25 septembre 1998

Point 4.3 de l'ordre du jour provisoire

CSP25/9 (Fr.)

15 juillet 1998

ORIGINAL : ANGLAIS-ESPAGNOL

LA COOPERATION TECHNIQUE ENTRE PAYS : LE PANAMERICANISME AU XXI^e SIECLE

Ce document est un rapport sur l'état d'avancement de la coopération technique entre pays, principalement au cours de la présente décennie, et sa présentation coïncide avec la commémoration du 20^e anniversaire du Plan d'action de Buenos Aires.

Le document fait état, d'un point de vue conceptuel et opérationnel, de la coopération technique entre les pays (CTP), à partir du Plan d'action de Buenos Aires (1978) entériné par l'Assemblée générale des Nations Unies. Il évoque l'évolution et le développement de la CTP dans le domaine de la santé dans les Amériques et les Caraïbes tout comme ses contraintes, ses succès et son financement. Il propose des mesures d'encouragement politiques, techniques et administratives de la CTP, conçue comme une démarche stratégique visant l'insertion de tous les pays à la coopération internationale. Il souligne les principes qui sont à la base de la coopération technique entre les pays, notamment la solidarité, la souveraineté, la pérennité et la dignité.

Il est proposé aux pays de s'approprier cette stratégie et de l'utiliser comme un instrument supplémentaire en vue de réduire le fossé des inégalités dans le domaine sanitaire dans le cadre du nouvel ordre international et au vu de la mondialisation des économies et des avancées de l'intégration panaméricaine. En outre, l'instauration de politiques publiques dans les pays et entre ceux-ci est encouragée afin de consolider un système national de coopération technique qui étaye le développement sanitaire durable, national et régional.

Le Directeur de l'Organisation panaméricaine de la Santé s'est exprimé sur ce sujet lors de chaque occasion qui lui était offerte, notamment lors des réunions sous-régionales des Ministres de la santé et il a recherché activement à coordonner ses activités avec celles de l'Organisation mondiale de la Santé, du Programme des Nations Unies pour le Développement, du Système économique latino-américain et de l'Organisation des Etats Américains. Ayant présenté ce sujet au Comité exécutif, qui a formulé des commentaires très pertinents et des suggestions pour l'améliorer, le Secrétariat de l'OPS le soumet à la considération de la Conférence sanitaire panaméricaine, afin que les Etats Membres exposent leurs attentes ainsi que leurs expériences récentes dans ce domaine, et donnent leur avis sur les recommandations du Secrétariat.

TABLE DES MATIERES

	<i>Page</i>
1. Introduction	3
2. Antécédents	3
2.1 La CTDP dans le cadre du système des Nations Unies	3
2.2 Le système interaméricain et la coopération horizontale	5
3. Conception fondamentale et principes régissant la CTP	6
4. Les modalités de la coopération technique entre les pays	7
5. Les instances nationales de coordination de la CTP/CTPD	8
6. L'Organisation mondiale de la Santé et la CTP/CTPD.....	9
7. L'Organisation panaméricaine de la Santé et la CTP.....	10
7.1 Les Programmes régionaux et la CTP.....	12
7.2 La CTP et les Centres collaborateurs de l'OPS/OMS.....	13
7.3 La CTP dans le cadre du programme de l'OPS au niveau du pays	13
7.4 La CTP et les réalités sous-régionales.....	14
8. Le financement de la CTP	15
9. Les tendances de la CTP dans la Région des Amériques.....	16
9.1 La coopération technique entre pays voisins	17
9.2 La coopération technique entre pays d'une même sous-région	17
9.3 La coopération technique entre pays partageant un intérêt dans certains domaines scientifiques et techniques	18
9.4 La coopération technique entre pays par le biais de l'échange humaines et de ressources technologiques à moyen et à long terme	18
10. Retombées et contraintes de la mise en œuvre de la CTP	18
11. Recommandations.....	20
11.1 Aux Etats Membres	20
11.2 A l'OPS.....	20
11.3 Aux institutions	21
12. Conclusions et perspectives d'avenir.....	21
Bibliographie	22
Annexe A : Budget programme de CTP	
Annexe B : Coopération technique entre pays : quelques unes des expériences de la Région des Amériques	
Annexe C : Critères pour l'utilisation des fonds CTP de l'OPS	

1. Introduction

Les changements et les réformes qu'ont connu les pays dans le cadre du nouvel ordre international (libéralisation des économies, mondialisation, essor des communications) et les conditions qui définissent le plan social (participation et organisation sociale accrues, injustices au niveau de la répartition des revenus et des services, urbanisation accélérée, vieillissement de la population) et le plan politique (démocratisation, décentralisation, crise de gestion des affaires publiques) rendent à la fois opportun et nécessaire d'en revenir à l'esprit et à l'essence de la coopération technique entre pays (CTP) conçue comme une stratégie visant l'accélération du développement sanitaire, fondée sur l'ensemble des compétences et du potentiel de la Région des Amériques.

Sur cette toile de fond, il est important de repenser les aspects conceptuels, méthodologiques et opérationnels qui permettent d'imprimer un dynamisme accru à la mise en marche de la gestion des propositions, projets et mesures de CTP, au plan intra et interrégional à l'aube du XXI^e siècle.

2. Antécédents

2.1 *La CTPD dans le cadre du système des Nations Unies*

Le Plan d'action de Buenos Aires en vue de promouvoir et de réaliser la Coopération technique entre pays en développement émanant de l'Assemblée générale des Nations Unies a posé en 1978 la première pierre de la coopération technique entre pays en développement (CTPD). Ce plan a été proposé à un moment historique marqué par la vague la plus récente de décolonisation des nations (essentiellement en Afrique et dans quelques pays des Caraïbes et d'Asie); il a marqué un tournant dans l'histoire de la coopération internationale et est devenu la pierre angulaire de l'autonomie de la coopération extérieure des pays en développement.

Bien que 20 ans se soient écoulés depuis, à plus d'une reprise la validité et l'actualité de ce Plan ont été confirmées. Il prévoyait, entre autres, les objectifs suivants :¹

- promouvoir la capacité des pays en développement à recourir à leurs ressources propres [...] afin de trouver des solutions aux problèmes de développement conformément à leurs valeurs, aspirations et besoins particuliers propres;
- promouvoir et renforcer entre les pays en développement les compétences collectives [...] par l'échange d'expériences, la mise en commun et l'utilisation

¹ PNUD, Département spécial pour la CTPD, Plan d'action de Buenos Aires en vue de promouvoir et de réaliser la coopération technique entre les pays en développement. New York, 1994

combinée de leurs ressources techniques et par le développement de compétences complémentaires;

- accroître le volume et améliorer la qualité de la coopération internationale et relever l'efficacité des ressources consacrées à la coopération technique générale par le biais de la mise en commun des compétences;
- promouvoir le transfert de technologie et d'expériences appropriées [...] afin de consolider leur confiance individuelle et collective en leurs capacités propres;
- augmenter et perfectionner les communications entre les pays en développement afin d'éveiller la sensibilisation [...] vis-à-vis des problèmes communs et de permettre un accès accru [...] aux expériences disponibles pour confronter les problèmes du développement;
- perfectionner la capacité des pays en développement d'absorber et d'adapter la technologie [...] en vue de répondre à leurs besoins particuliers de développement;
- reconnaître les problèmes et les besoins des pays en développement moins avancés, enclavés, insulaires et les plus affectés et les résoudre.

En 1983, l'Assemblée générale des Nations Unies, par sa résolution 38/201 a créé le Fonds Fiduciaire Manuel Pérez Guerrero afin d'appuyer les activités de coopération technique et économique entre pays en développement du Groupe des 77, destiné à financer des études de pré-investissement et de faisabilité et à faciliter la mise en œuvre de projets de Coopération économique entre pays en développement (CEPD) ou CTPD.

Le Conseil économique et social des Nations Unies, par sa résolution 1992/41, ratifiée par l'Assemblée générale de 1993 par sa résolution 48/172, a souligné le fait que tous les protagonistes sociaux du développement doivent reprendre leurs efforts afin de recourir plus fréquemment à la CTPD, entendue comme étant la modalité privilégiée de préparation et d'exécution de projets et d'activités de développement et non pas comme possibilité marginale.

En 1995, les nouvelles orientations de la CTPD ont été formulées et approuvées par la résolution 50/119 de l'Assemblée générale des Nations Unies. Les plus importantes sont :

- appui à la formulation de politiques nationales visant la CTPD;
- renforcement des centres nationaux de coordination de la CTPD;
- collaboration accrue avec les centres spécialisés;

- intégration de la CTPD et de la CEPD;
- sélection des pays dotés d'une solide expérience de CTPD;
- promotion d'accords de coopération triangulaire;
- échange d'expériences réussies relatives à des projets de CTPD.

La X^e session du Comité de Haut niveau des Nations Unies sur la CTPD (1997) a signalé que, en dépit des progrès accomplis au cours des dernières années en vue de promouvoir la CTPD, il était nécessaire de contribuer à la mise au point de politiques et de procédures institutionnelles et de comportement en vue de les optimiser. Dans ce but, il a été recommandé aux pays en développement de placer la CTPD au centre de leur stratégie nationale de développement. Il a également été souligné qu'il convenait de doter les instances nationales et les points de contact de la CTPD des ressources humaines et financières leur permettant de fonctionner efficacement. Finalement, il a été indiqué que le financement de la CTPD devait connaître un relèvement sensible provenant autant des pays en développement que des pays coopérants et des institutions multilatérales.

Par ailleurs, il a été réitéré que la coopération sud-sud ne devait pas se substituer à la coopération nord-sud, mais bien la compléter et devait promouvoir des modalités triangulaires à l'appui du développement de programmes et de projets dans le contexte sud-sud. Les délégués ont constaté que les opportunités de CTPD avaient augmenté dans la mesure où les pays s'étaient avancés sur la voie de la gestion propre de la coopération extérieure et qu'apparaissaient de nouveaux domaines stratégiques et technologiques de coopération.

2.2 *Le système interaméricain et la coopération horizontale*

Depuis plus d'une décennie, on a vu apparaître dans le cadre du Système interaméricain des mécanismes de partenariat en vue du développement des Etats Membres.² En 1987, l'Assemblée générale de l'Organisation des Etats Américains (OEA) a réitéré la priorité qu'elle accordait à la coopération horizontale afin de contribuer à la solidarité régionale. En 1996, le Conseil interaméricain pour le développement intégré (CIDI) a commencé à fonctionner en qualité d'instance politique de débat et de promotion de la coopération entre les Etats Membres.

² Organisation des États Américains. Secrétariat exécutif pour le développement intégré. *Le partenariat et la coopération horizontale*. Rapport final de la Réunion sur le partenariat et les Institutions nationales de coopération internationale des Amériques. Washington D.C., octobre 1997.

Dès les années 1990, certains pays ont demandé à l'OEA de mettre en place des programmes de coopération horizontale afin d'exécuter des activités financées par des ressources des pays, des bénéficiaires et/ou de tiers donateurs, par le biais de fonds ponctuels, notamment le Fonds argentin de coopération horizontale (1992), le Projet de Renforcement de l'offre de coopération technique du Mexique avec des pays de l'Amérique latine et des Caraïbes (1993) et le Fonds brésilien de coopération (1995).

La Deuxième Réunion ordinaire du CIDI (Mexico, 1997) a approuvé le programme de lutte contre la pauvreté et la discrimination et celui de développement durable et a formulé le Plan stratégique de partenariat 1997-2001. Lors de la réunion, des propositions de promotion de la coopération horizontale entre les Etats membres ont été avancées.

3. Conception fondamentale et principes régissant la CTP

La réunion d'experts sur la CTPD, convoquée en 1990 par le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD), a défini la CTPD de la façon suivante :

La CTPD est l'exécution et l'administration des activités et projets de développement par des institutions des pays en développement qui leur permettent de partager leurs expériences et compétences techniques réciproques et d'utiliser en cas de besoin le conseil et l'appui financier de sources extérieures, notamment des organisations du système de développement des Nations Unies. A cet égard, la CTPD devra être considérée comme faisant partie intégrante des programmes nationaux, régionaux et interrégionaux de coopération technique internationale.

Lors de la Réunion interrégionale de consultation sur la programmation de la CTPD dans le domaine de la santé, convoquée par l'OMS en 1993 et tenue à Djakarta, l'OPS a présenté un document qui réaffirmait que, dans le cas de la Région des Amériques, le terme CTPD doit être compris comme CTP, c'est-à-dire coopération technique entre les pays, quel que soit le degré de développement de ceux-ci, dans le droit fil de sa vocation historique de panaméricanisme.

Les principes de la coopération technique entre les pays qui fondent les propositions élaborées entre les Etats avec la coopération de l'OMS/OPS sont :

- *La solidarité* : principe de fraternité entre les pays au titre duquel deux pays ou plus combinent leurs efforts en vue d'atteindre des objectifs et buts communs, se mettent au service de leur cause réciproque dans le cadre d'une relation horizontale, en fonction de leurs besoins et de leurs priorités de développement.
- *La souveraineté* : principe de libre détermination des Etats et de coopération réciproque dans le cadre de l'intégration des pays et des régions, et de celles-ci entre

elles. Ce principe se fonde sur la non-ingérence dans les affaires internes des pays, indépendamment de leur degré de développement économique, social et culturel.

- *La dignité* : principe qui réaffirme la légitimité et l'égalité des droits et le respect de la diversité des pays, sans condition ni relation de dépendance entre les pays coopérants. Chaque pays est à la fois donateur et bénéficiaire en raison de ses ressources et de son potentiel humain, politique, social, économique, culturel, technique et scientifique.
- *L'équité* : principe qui régit les relations entre les Etats dans le domaine de la coopération, laquelle est caractérisée par l'impartialité et la justice et permet de travailler en relation étroite avec les pays de moindre développement relatif, les pays enclavés ou insulaires, ceux qui confrontent des problèmes particuliers exigeant des efforts accrus et des ressources focalisées afin d'en accélérer le développement humain et économique.
- *Le renforcement des capacités* : principe fondé sur le développement interne et qui vise à créer les conditions propices à un relèvement de la confiance, des capacités et des talents propres des pays.
- *La durabilité* : principe de continuité et d'autogestion visant à garantir la pérennité et l'autoperpétuation des projets que les pays entreprennent dans le cadre de la CTP.

4. Les modalités de la coopération technique entre les pays

La CTP s'inscrit dans le cadre de modalités fonctionnelles de coopération qui ne s'excluent pas réciproquement et qui, au contraire, doivent se combiner. Il s'agit, brièvement, de :

- *La réciprocité* : sous-entend la coopération entre deux pays ou plus qui prennent des engagements de combiner leurs efforts dans un cadre complémentaire, mettant à profit leurs atouts d'excellence technique et de progrès relatif pour leur bénéfice réciproque.
- *L'échange ou l'utilisation commune coopérative* : dans ce cadre, deux pays ou plus décident, dans le cadre de projets, de programmes ou d'entreprises communes, de coopérer pour atteindre des objectifs ou buts communs par le biais de la fourniture d'informations et de technologie.
- *La contribution* : le transfert de ressources technologiques d'un pays vers un ou plusieurs autres, permettant d'y implanter des capacités afin de contribuer à l'autosuffisance collective.

5. Les instances nationales de coordination de la CTP/CTPD

Les instances nationales de coordination de la CTP/CTPD sont le moteur de la stratégie et de sa gestion et jouent un rôle d'importance vitale pour ce qui est de la définition des politiques publiques visant la coopération extérieure. En général, les instances relèvent les ministères des relations extérieures ou des cabinets de la présidence ou de la vice-présidence; dans quelques cas isolés, elles relèvent des ministères du plan ou des finances. Les Etats-Unis d'Amérique et le Canada ont depuis longtemps entrepris des activités de coopération internationale par le truchement de leurs institutions coopérantes respectives alors que d'autres pays, notamment le Brésil, le Chili et la Colombie sont dotés d'organismes de coopération internationale chargés de promouvoir et de coordonner la CTP/CTPD. Pour leur part, l'Argentine et le Mexique, qui ne possèdent pas d'agences de coopération, ont néanmoins créé des fonds de financement en vue de ces activités. D'autres pays encore, notamment le Pérou et le Venezuela, sont en train d'étudier la possibilité de créer des agences de coopération.

Dans bon nombre de pays, des points de contact de CTP/CTPD ont été créés au niveau de chaque secteur. Dans le cas du secteur de la santé, ils relèvent souvent des bureaux de relations internationales, là où ils existent.

Les liens entre chacun de ces points de contact sectoriels de CTP/CTPD et l'instance nationale chargée de la coordination sont encore faibles dans bon nombre de pays. A quelques exceptions près (notamment le Brésil, Cuba et le Mexique), ces points de contact sectoriels de CTP/CTPD établissent généralement des rapports avec leurs homologues des autres pays au détriment de leurs relations avec leurs propres instances de coordination nationales. Malheureusement, ceci entraîne une diminution du potentiel que la CTP/CTPD pourrait offrir comme instrument de politique extérieure. Par ailleurs, les instances nationales chargées de la coordination de CTP/CTPD ne maintiennent pas toujours le degré de communication nécessaire avec les points de contact sectoriels de CTP/CTPD qui se voient alors privés des informations nécessaires pour ce qui est des accords souscrits, des intérêts politiques nationaux ou des possibilités de financement.

La multiplication des protagonistes aux plans régionaux et locaux, fruit de la décentralisation, rend encore plus évidente la nécessité de les articuler dans le cadre d'un système ou d'un réseau national de coopération extérieure chargé d'harmoniser les intérêts politiques nationaux et les priorités en matière de coopération technique. Ces défaillances au plan de la structuration et du fonctionnement du système ainsi que l'absence de continuité au niveau des autorités responsables de la CTP/CTPD impose des contraintes démesurées aux activités de coopération technique entre les pays et à leur suivi.

Il est indispensable que les Etats Membres fassent de la coopération technique entre pays une politique d'état afin de promouvoir l'intégration panaméricaine, grâce à

l'optimisation de leurs propres compétences, à la mobilisation de leurs talents et ressources nationales et locales et à des échanges entre pays en développement et pays développés. Cette politique est un instrument qui renferme un potentiel énorme en vue de la promotion d'un développement durable et humain, de l'équité en matière de santé et de développement en science et technologie. Les conseils nationaux de science et technologie et les centres de recherche doivent faire partie intégrante de ces systèmes car les retombées indésirables de la mondialisation sur le financement des recherches et du développement peuvent être palliées, en partie tout au moins, par le biais de la CTP/CTPD.

6. L'Organisation mondiale de la Santé et la CTP/CTPD

Depuis l'adoption de la Déclaration et du Plan d'action de Buenos Aires, l'OMS a réaffirmé son engagement vis-à-vis de la CTP/CTPD. La Conférence internationale sur les soins de santé primaire (Alma Ata, 1978) a reconnu l'importance de la CTP/CTPD dans le domaine de la santé et a recommandé que les pays partagent et échangent des informations, des expériences et des connaissances techniques pour ce qui est du développement des soins de santé primaire. Le thème a été débattu à l'occasion de plusieurs Assemblées mondiales de la santé et, en 1979, 12 résolutions d'appui au développement de la CTP/CTPD avaient déjà été adoptées.³

La résolution WHA32.27 de l'Assemblée mondiale de la Santé de 1979 a demandé au Directeur général de veiller à une répartition équitable des ressources budgétaires et extrabudgétaires et de créer les points de contact nécessaires à la promotion de la CTP/CTPD au sein des Bureaux régionaux de l'OMS.

La Quarante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé a approuvé la résolution WHA43.9 qui réitérait la nécessité de mettre en œuvre la CTP/CTPD, d'établir des points de contact au niveau des Bureaux régionaux, d'identifier des institutions dans la Région afin d'en faire des Centres collaborateurs ainsi que de mobiliser des ressources provenant de sources diverses et interinstitutionnelles.

La résolution WHA50.27 (1997) sur le renforcement des systèmes de santé dans les pays en développement, réaffirme la teneur des résolutions WHA42.37, WHA43.9 et WHA46.17 relatives à l'importance de cette stratégie conçue comme élément fondamental du développement sanitaire.

L'OMS a appuyé l'exécution du I et II Programmes à moyen terme de CTP/CTPD visant la santé pour tous couvrant les périodes 1984-1989 et 1990-1995, respectivement. En

³ Les résolutions sont les suivantes : WHA31.41, WHA31.51, WHA32.27, WHA35.24, WHA36.24, WHA37.15, WHA37.16, WHA38.23, WHA39.23, WHA40.17, WHA40.30, WHA41.30.

outre, l'Organisation a mis au point le Plan d'action initial de CTP/CTPD pour la période 1990-1991.

En application de la résolution WHA50.27, la Colombie, en sa qualité de Président du Mouvement des pays non alignés, a présenté le projet "Coopération technique entre pays non alignés en vue de la réforme du secteur de la santé" au Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD), qui l'a approuvé. Ce projet prévoit l'échange d'expériences entre les pays qui ont entrepris une réforme du secteur avec l'appui technique de l'OPS/OMS.

7. L'Organisation panaméricaine de la Santé et la CTP

Depuis sa fondation, l'OPS a promu l'instauration de mesures sanitaires préventives dans les pays et entre eux et a mis au point un vaste plan d'accords avec des institutions internationales et de coopération.

De fait, la création du Bureau sanitaire panaméricain répond à des mesures de CTP. Le Code sanitaire panaméricain, signé en 1924, a pour objectif de : "Stimuler ou adopter des mesures de coopération en vue d'empêcher l'introduction et la propagation des maladies sur les territoires des Gouvernements signataires". Le travail du BSP représente la somme de près d'un siècle de travail de promotion implicite de la coopération technique entre les pays afin de leur permettre de se doter de compétences propres en vue de leur autosuffisance et de leur développement dans le domaine de la santé, dépassant ainsi les notions Nord-sud.

La mission du Bureau sanitaire panaméricain reflète ce mandat constitutionnel :

[...]coopérer au plan technique avec les Etats Membres et stimuler la coopération entre eux afin que, tout en préservant un milieu sain et en progressant sur la voie d'un développement humain durable, la population des Amériques parvienne à la Santé pour tous et par tous.⁴

La plus grande partie du personnel technique du BSP provient des pays de la Région et est constituée dans une large proportion d'individus qui étaient fonctionnaires du secteur public dans leur pays avant d'assumer les responsabilités qui incombent à des fonctionnaires internationaux; certains d'entre eux sont détachés par leur gouvernement ou bénéficient de congés sans solde.

En 1977, la résolution CD25.R28 adoptée par le Conseil directeur de l'OPS a souligné l'intérêt constant des pays de la Région vis-à-vis de la CTPD et leur intention d'établir et de maintenir la coordination entre eux et l'Organisation dans ce domaine.

⁴ OPS/OMS, Orientations stratégiques et programmatiques. Washington, D.C., 1996

En 1980, un rapport sur l'état d'avancement des activités relatives à la CTPD, les critères adoptés par les pays des Amériques et des Caraïbes et la fonction de l'OPS a été présenté au 27^e Conseil directeur.

Ce sujet a été à nouveau présenté aux Organes directeurs en 1984 (30^e Conseil directeur), 1985 (31^e Conseil directeur) et 1986 (22^e Conférence sanitaire panaméricaine). Les résolutions CD30.R3, CD31.R21 et CSP22.R23, émanant des Organes directeurs réaffirmaient la décision de l'Organisation de promouvoir et d'appuyer la CTPD, vue comme un mécanisme permettant de stimuler l'autosuffisance des pays, individuellement ou collectivement, dans le domaine de la santé et demandaient au Directeur d'informer périodiquement les Organes directeurs des progrès accomplis en ce sens.

C'est dans cette perspective que l'OPS a organisé et/ou participé à une série de réunions visant à promouvoir et à encourager le développement de la CTP, notamment :

- La II^e Réunion du Groupe spécial de travail sur la CTPD, 1984, Washington, D.C.
- La Réunion consultative opérationnelle régionale, 1986, La Havane, Cuba, à laquelle ont participé les responsables des points de contact nationaux.
- Les discussions techniques (à niveau interne) sur la CTPD (1986 et 1989).
- La Réunion de consultation interrégionale sur la programmation de la CTPD dans le cadre de la santé, 1993, Djakarta, Indonésie, au cours de laquelle a été présenté le document "Coopération technique entre les pays des Amériques" préparé par l'OPS.

Les Orientations stratégiques et priorités programmatiques (OSP) pour l'exercice quadriennal 1987-1990, en définissant les caractéristiques de la coopération technique, ont clairement souligné la priorité qu'il convient de donner à la CTP.

Les OSP approuvées par les Organes directeurs pour l'exercice quadriennal 1991-1994 prévoyaient l'objectif suivant : "A la fin 1994, le volume des mesures de CTP aura augmenté ainsi que la mise au point de solutions à l'échelle des problèmes de santé communs de nature sous-régionale, à titre de complément de la coopération technique multilatérale dans le domaine sanitaire".

Les OSP relatives à la période quadriennale 1995-1998 reconnaissent la responsabilité constitutionnelle qui incombe à la CTP et signalent que "l'énorme potentiel qu'offre la CTP de résoudre certains des problèmes de la Région ne s'est pas totalement concrétisé. [...] L'OPS redoublera d'efforts en vue de sensibiliser les pays à l'importance de cette démarche et instituera les mécanismes permettant de systématiser et de divulguer les informations relatives aux expériences les plus réussies".

7.1 Les Programmes régionaux et la CTP

En général, les Programmes régionaux utilisent un ensemble de mécanismes qui vont depuis la coopération technique directe traditionnelle jusqu'à la CTP proprement dite, en passant par toutes les modalités intermédiaires. Il convient de citer quelques exemples :

- Le Programme élargi d'immunisation (PEI) a, depuis 20 ans, contribué au renforcement d'institutions nationales qui coopèrent actuellement entre elles dans le cadre d'une division du travail fondée sur l'excellence technique au service des objectifs du PEI. Les principes qui fondent le Fonds de roulement du PEI correspondent exactement aux principes que préconise la CTP. Les pays ont en outre mis au point une modalité supplémentaire de coopération : le prêt de vaccins en cas d'urgence.
- Le Programme de préparation pour faire face aux situations d'urgence et de secours en cas de catastrophe a contribué au développement de compétences nationales qui sont maintenant mobilisées plus fréquemment pour aider les pays victimes de catastrophes et de situations d'urgence, même en dehors de la Région des Amériques. Par ailleurs, les leçons que l'on peut tirer de ces expériences nationales encouragent une redéfinition du programme régional.
- Le Programme de médicaments essentiels et de technologie, fondé sur l'inventaire de talents et d'expériences, mobilise des ressources nationales à l'appui du programme régional convenu par l'ensemble des pays.
- Le Programme de Santé publique vétérinaire, en employant de façon particulière les ressources du PANAFTOSA, a donné son appui aux pays du Bassin du fleuve de la Plata à faire de progrès importants vers l'éradication de la fièvre aphteuse.

En général, les Programmes régionaux travaillent en collaboration étroite avec certaines sociétés scientifiques, des syndicats, des institutions de formations des ressources humaines, etc. qui, elles-mêmes, coopèrent souvent entre elles. En outre, les centres spécialisés de l'OPS, au nombre de neuf, sont rattachés aux Programmes régionaux et privilégient généralement les modalités mixtes de coopération. C'est ainsi qu'ils facilitent, par exemple, l'échange de connaissances spécialisées et d'experts, partagent des informations et organisent des recherches multacentres. Ils subsistent dans une large mesure grâce aux contributions des pays participants (dans le cas des centres sous-régionaux) et du pays d'accueil.

7.2 *La CTP et les Centres collaborateurs de l'OPS/OMS*

L'idée d'utiliser des institutions nationales au service d'objectifs internationaux remonte à l'époque de la Société des Nations, lorsque les laboratoires nationaux ont été désignés centres de référence en vue de la normalisation des produits biologiques. Lorsque l'OMS a été fondée, de nouveaux centres de référence ont été reconnus et le Centre mondial de l'influenza a été fondé à Londres en 1947 en vue d'effectuer une surveillance épidémiologique mondiale.⁵

En 1949 déjà, la Deuxième Assemblée mondiale de la Santé avait décidé de ne pas créer d'institutions internationales de recherche sous les auspices de l'OMS et plutôt de promouvoir la recherche dans le domaine de la santé par le biais de l'appui et de la coordination des activités exécutées par des institutions existantes. Tous les Centres collaborateurs de l'OMS ont été conçus conformément à cette politique qui a indubitablement amélioré la participation des pays aux responsabilités régionales et mondiales.

Il convient de souligner à cet égard que les Centres collaborateurs font partie d'un réseau interinstitutionnel de collaboration destiné à appuyer les programmes de coopération de l'OMS aux niveaux national, régional et mondial. La CTP a joué un rôle important au plan du renforcement de ces centres qui ont adopté un mécanisme de division du travail fondé sur l'excellence scientifique dans des domaines de spécialisation en vue de contribuer avec les pays.

La Région des Amériques regroupe 264 Centres collaborateurs⁶ (20% du total mondial) dont 75% sont situés aux Etats-Unis et au Canada qui, avec le Brésil et l'Argentine, comptent 86% des Centres collaborateurs de la Région. Ces Centres, instances nationales aux compétences reconnues, sont d'une importance vitale pour le développement de la CTP.

7.3 *La CTP dans le cadre du programme de l'OPS au niveau du pays*

Les mandats régionaux, convenus collectivement, et les priorités nationales de coopération technique forment les coordonnées dans lesquelles s'inscrit le programme de coopération de l'OPS dans chacun des pays et qui est essentiellement dirigé à partir des Bureaux des Représentants dans les pays.

⁵ OPS/CAIS/97.13. Analyse de quelques expériences réussies : les Centres collaborateurs de santé publique vétérinaire. XXXII CAIS. Réunion du Comité consultatif de recherche sur la santé de l'Organisation panaméricaine de la santé, 16-18 juillet 1997. Washington, D.C.

⁶ Ibid.

On a constaté une tendance croissante de la part des pays à demander qu'une partie de leurs priorités nationales de coopération soit exécutée par le biais de la CTP. Cette tendance semble être le résultat des facteurs suivants : renforcement des capacités nationales; divulgation des informations relatives à celles-ci; multiplication des occasions d'échange d'information entre les fonctionnaires des différents pays et relèvement de la confiance entre les pays eux-mêmes qui commencent à adopter une division du travail qui prend en compte les degrés de développement relatifs et les avantages comparatifs dans un but d'autosuffisance collective. La lutte contre les flambées d'hantavirus dans le Cône austral en est l'exemple le plus récent.

Au moment de la discussion et de la conclusion de l'accord sur le programme de coopération entre l'OPS et le pays, il convient d'accepter explicitement l'appui que la CTP donne au développement ainsi que son rôle pour répondre aux priorités nationales de coopération technique en matière de santé.

7.4 *La CTP et les réalités sous-régionales*

L'OPS/OMS a promu la CTP par le biais de divers mécanismes de ciblage, notamment les initiatives sous-régionale. Les initiatives intéressant la santé en Amérique centrale, les Caraïbes, la zone andine et le Cône austral sont le fruit, dans la décennie 1980, d'accords souscrits entre les pays et l'OPS en vue de sérier la coopération sanitaire par domaine d'intérêts communs qui demandent des mesures d'ensemble ou qui permettent de dégager des économies d'échelle.

Dans le cas de l'initiative pour l'Amérique centrale en particulier, la contribution d'un travail commun en matière de santé a dépassé de loin les divisions sectorielles et a influé fortement sur la compréhension réciproque et la paix dans la sous-région. L'éventail des protagonistes de la coopération technique internationale pour ce qui est de la santé s'est élargi, dans un premier temps à l'échelle de la sous-région et ensuite à la Région toute entière, grâce à la participation d'institutions bilatérales des pays européens au financement de nombreux projets.

Il convient de souligner que chacune de ces sous-régions avait une longue expérience de la coopération, en raison des liens historiques et culturels antérieurs à l'indépendance et qui se sont renforcés grâce à la coopération elle-même; pour preuve, le fait que les réunions des ministres de la santé aient largement précédé le lancement des initiatives. Plus récemment, les processus d'intégration économique ont ajouté une incitation supplémentaire au travail communautaire.

Les succès portent un témoignage solide de la vigueur du travail collectif des pays lorsqu'ils parviennent à identifier des intérêts communs. Par ailleurs, les défis qui subsistent découlent de la nécessité de dépasser une approche exclusivement sectorielle à ces

processus d'intégration. Il faut approfondir le suivi des retombées de l'intégration sur la santé et promouvoir l'importance de la contribution sanitaire aux processus d'intégration.

Outre ces initiatives sous-régionales, les pays de la Région ont créé d'autres groupements fondés sur des intérêts de nature géopolitique, culturelle, économique et/ou écologique, notamment le Traité de coopération amazonienne et l'Association des Etats des Caraïbes auxquels l'OPS a offert ses services de conseil dans des domaines précis d'intérêt collectif.

Il est intéressant de relever que le PNUD a également décidé d'adopter l'approche du travail sous-régional en vue de renforcer la CTPD dans la Région des Amériques.

8. Le financement de la CTP

Le financement de la CTP doit être assumé par les pays en développement eux-mêmes mais tous ne disposent pas d'un budget de l'Etat leur permettant de garantir la mise en œuvre des nombreux accords bilatéraux et multilatéraux de coopération. Il s'agit là d'une grave entrave à la mobilisation des ressources destinées à la CTP, sauf dans le cas de quelques pays qui disposent de fonds spéciaux.

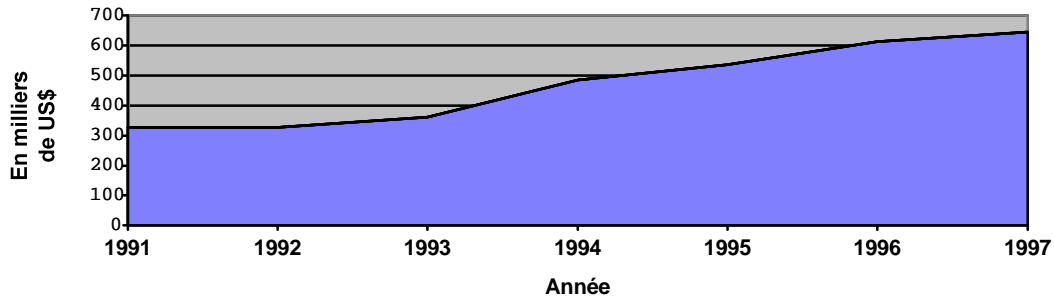
La mobilisation de fonds provenant de la coopération extérieure revêt donc une importance fondamentale. On relève des expériences de "triangulation" dans le cadre desquelles des pays plus développés financent la coopération entre pays moins développés. On peut citer en exemple le cofinancement offert par la coopération belge à la coopération technique entre Cuba et la Bolivie sur le sujet des arbovirus.

Les budgets nationaux sont la source principale de financement de la CTP et les capacités nationales ont évidemment pu être mises en valeur grâce à des investissements soutenus en infrastructure et en ressources humaines; ces budgets couvrent également les dépenses courantes. Les organismes internationaux, dont l'OPS, ne participent qu'à titre de catalyseur de la CTP.

A partir de la période biennale 1988-1989, un mécanisme de financement conçu dans le but précis de promouvoir la CTP a été mis en place. Dans le cadre de son budget biennal, l'OPS a, pour la première fois, ajouté un poste relatif à la Technical Cooperation among countries (TCC) (Coopération technique entre les pays). Ce montant provient de fonds régionaux et permet donc d'effectuer un relèvement des affectations budgétaires aux pays. L'approbation de fonds au titre de la TCC dépend de la présentation de projets impliquant deux pays ou plus et devant répondre à une série de conditions définies au préalable. Avant l'instauration de ce mécanisme, l'OPS finançait déjà des activités de CTP par des programmes régionaux ou de pays. Le Tableau ci-dessous illustre l'augmentation

qu'a connue l'utilisation de fonds TCC par les pays de 1990 à ce jour (le pourcentage est passé de 11% à 60%).

Fonds TCC approuvés destinés à être directement utilisés par les pays, 1990-1997



Source : OPS/OMS, Bureau du Sous-directeur, Evaluation biennale 1996-1997.

Dans l'annexe A sont présentés les sommes allouées à la CTP dans les budgets de l'OPS correspondant aux exercices biennaux 1996-1997 et 1998-1999. Tel qu'il apparaît dans le tableau de l'annexe, lors de l'exercice biennal en cours la somme totale de fonds dont les pays peuvent disposer directement pour les projets et activités de la CTP, a été augmenté de 1 million de dollars. Cela a représenté une augmentation d'un million de dollars distribués entre les pays, en plus du budget pour la CTP qui avait été approuvé préalablement par les Organes directeurs.

9. Les tendances de la CTP dans la Région des Amériques

Il convient d'examiner maintenant la nature des activités et des projets de CTP les plus fréquents que l'on trouve dans le continent et dont certains ont bénéficié du rôle de catalyseur que joue l'OPS. Les informations permettant de constituer ces groupements, fondés sur des critères géographiques et de population, politiques et scientifiques et techniques, proviennent d'un relevé de ces activités et projets dressé par l'OPS depuis 1990, en application des mandats relatifs à la promotion et au suivi de la CTP.

Quelques-unes des expériences récentes en matière de la CTP dans la Région des Amériques figurent dans l'annexe C; la plupart de ces expériences ont reçu de l'appui de l'OPS par le biais d'allocations spéciales pour la CTP.

Dans l'annexe C figurent les critères pour octroyer de ressources en provenance de ces allocations spéciales pour la CTP moyennant des propositions présentées par les pays.

9.1 *La coopération technique entre pays voisins*

Les projets et activités de CTP qui se déroulent entre pays voisins visent généralement à répondre aux besoins sanitaires dans les zones frontalières et sont souvent destinés à mettre en place des mesures de prévention, de surveillance et de lutte contre les maladies transmissibles émergentes et ré-émergentes ainsi qu'au développement de systèmes de santé locaux. Récemment, le ciblage de "frontières saines" a été adopté et l'importance que revêtent ces activités a poussé l'OMS à prendre une initiative placée sous le thème "La santé aux frontières". En général, ces activités se fondent sur des priorités locales. Les progrès de la mondialisation et des processus d'intégration sous-régionale ont entraîné la multiplication d'accords et de conventions bilatérales qui accordent de plus en plus de place au sujet de la santé dans les zones frontalières; en outre, ces accords traitent également de la salubrité de l'environnement, la gestion des bassins hydrographiques communs et la réglementation de la circulation des personnes et des biens qui présentent un intérêt du point de vue sanitaire, notamment les aliments et les médicaments.

Presque tous les pays de la Région ont reçu un appui de l'OPS/OMS pour mettre en œuvre au moins un projet de CTP avec un ou plusieurs de ses voisins dans la décennie actuelle. Il convient de citer quelques exemples : surveillance et lutte contre le choléra, les hantavirus, les maladies transmises par les aliments, la poliomyélite, la rougeole, l'encéphalite équine, le paludisme, la fièvre jaune, la pollution dans les zones frontalières, les villes sœurs. Les réunions des ministres de la santé, organisées par les organismes d'intégration sous-régionale, ont accordé de plus en plus fréquemment la priorité au thème "La santé aux frontières".

9.2 *La coopération technique entre pays d'une même sous-région*

Les projets et activités de CTP exécutés par des pays géographiquement proches les uns des autres mais qui ne partagent pas nécessairement une frontière peuvent avoir comme objectif d'échanger des expériences ou de mettre en place des systèmes communs permettant de partager des mécanismes novateurs.

En général, ces activités se fondent sur des priorités nationales et sous-régionales dont certaines ont été convenues lors de réunions officielles entre responsables des pays.

L'OPS/OMS a toujours accordé son appui à ce genre de projets quels que soient la sous-région ou le groupe de pays. On peut citer à titre d'exemple l'échange d'expériences en matière de réforme du secteur sanitaire, l'harmonisation des registres de médicaments, la formation des ressources humaines, l'accréditation de l'exercice de la profession, l'initiative visant l'élimination de *Triatoma infestans*, la santé génésique et la prévention et mitigation des catastrophes naturelles.

S'agissant du Bassin des Caraïbes, la coopération vise avant tout l'établissement de mécanismes communs de prestation de services de soins de troisième niveau et l'échange d'expériences dans des domaines cruciaux relatifs au renforcement des services de santé.

9.3 *La coopération technique entre des pays partageant un intérêt dans certains domaines scientifiques et techniques*

Dans cette catégorie se replacent les projets entre pays, voisins ou non, qui partagent un intérêt commun dans certains domaines scientifiques et techniques, quoiqu'ils puissent être de caractère conjoncturel ou ponctuel, ainsi que des projets stratégiques ou du type "risques partagés" dans le cadre desquels a lieu un transfert de technologie et leur développement.

Ces projets sont devenus de plus en plus fréquents grâce à l'appui de l'OPS/OMS. Quelques exemples à titre d'illustration : la recherche et le développement en vue de la production de produits biologiques et de certains vaccins notamment, le transfert de technologie dans divers domaines entre instituts et laboratoires nationaux en vue du diagnostic et de la production d'antigènes et de réactifs, et entre systèmes nationaux en vue de la maintenance d'équipements biomédicaux et la gestion des informations scientifiques de caractère sanitaire.

9.4 *La coopération technique entre pays par le biais de l'échange de ressources humaines et technologiques à moyen et à long terme*

On retrouve dans cette catégorie les projets de CTP qui comprennent la prestation de services spécialisés de la part d'experts d'un pays pendant des périodes de temps relativement longues. Des projets de ce genre découlent généralement d'accords bilatéraux, et certains d'entre eux dépassent une durée d'un an, raison pour laquelle l'OPS a promu la mise en place d'un élément visant la formation des ressources humaines afin d'assurer la pérennité de la CTP et de ses retombées et la véritable construction de compétences nationales.

10. Retombées et contraintes de la mise en œuvre de la CTP

Certains projets de CTP, exécutés avec l'aide de l'OPS ont été évalués dans une optique qualitative. Les résultats sont très positifs car les projets permettent un véritable transfert de technologies de processus et de produits, leur adaptation et validation et génèrent des compétences tout en permettant la création de produits collatéraux de valeur. On peut affirmer que le principal sous-produit est l'habilitation de la part des techniciens et institutions impliqués qui reçoivent des informations en retour favorables de leurs homologues et de vigoureux encouragements en vue de redoubler d'efforts. En outre, les liens de respect, la tolérance vis-à-vis des différences et la fraternité se voient renforcés.

Il existe néanmoins certaines contraintes qui peuvent limiter l'avancée de la CTP dans les pays de la Région; certaines d'entre elles sont de nature extra-sectorielle ou sont communes à plusieurs secteurs outre celui de la santé:

- le degré de connaissance au niveau gouvernemental du potentiel et des mécanismes de CTP qui existent dans le pays lui-même;
- la constance et la continuité de la volonté politique en faveur de cette stratégie;
- le degré de confiance vis-à-vis des capacités nationales et des autres pays d'offrir et de recevoir une coopération réciproques;
- les politiques de négociation et d'insertion des technologies, qui favorisent la modalité appelée "clé en main" ou des montages complets et n'offrent que peu de possibilités de sélection d'options;
- le degré de connaissance des procédures, de l'élaboration et de la viabilité de projets et d'activités qui s'inscrivent dans l'esprit CTP;
- la présence et l'influence de l'élément santé au niveau de la définition et de l'identification des priorités nationales de coopération technique internationale de la part du secteur des relations extérieures;
- la faiblesse du lien entre les points de contact de CTP et l'instance nationale de coordination de la CTP;
- le rythme de changement des fonctionnaires chargés de la coopération extérieure et de la CTP;
- les relations insuffisantes et la faible communication horizontale entre les pays de la Région.

Au niveau de l'OPS, il est indubitable qu'il existe un espace permettant d'améliorer la promotion de cette stratégie et qui a trait aux responsabilités qui incombent aux programmes régionaux et aux programmes de pays d'identifier des institutions dotées de compétences dans le domaine de la CTP, de divulguer les informations et de mobiliser les ressources. Il faut renforcer l'influence auprès des niveaux décisionnaires des pays et des institutions multilatérales (du système des Nations Unies et du système interaméricain) afin que les pays adaptent leurs modalités de coopération internationale et reçoivent l'appui dont ils ont besoin.

11. Recommandations

11.1 *Aux Etats Membres*

- Etablir des politiques d'Etat pour ce qui est de la coopération extérieure en général et de la CTP en particulier, y compris la mise sur pied de systèmes nationaux de coopération extérieure dans le domaine de la santé qui prenne en compte les intérêts et les protagonistes nationaux et internationaux et l'affectation de budgets aux activités de CTP;
- La mise en place de mécanismes souples et efficaces de suivi et d'évaluation de la CTP, notamment la documentation et la publication des résultats des expériences de CTP dans le domaine de la santé;
- Accorder à la CTP le statut de stratégie explicite de mise en œuvre des accords bi- et multilatéraux, notamment au niveau de la coordination des activités des institutions multilatérales, bilatérales et du secteur privé tout en promouvant les accords de coopération triangulaire.

11.2 *A l'OPS*

- Maintenir la priorité accordée à la CTP dans le cadre des OSP 1999-2002;
- Accorder une attention toute particulière à la désignation des nouveaux Centres collaborateurs de l'OPS/OMS en qualité de centres d'excellence de CTP et promouvoir une meilleure utilisation des centres déjà établis;
- Approfondir la coordination avec les autres institutions du système des Nations Unies et du système interaméricain à l'appui des pays afin de faire de la CTP un élément essentiel de la stratégie nationale de développement;
- Mettre au point des activités d'éducation relatives au concept fondamental, à la gestion et au fonctionnement de la CTP pour ce qui est de la santé avec les gouvernements et les points de contact des ministères de la santé des pays;
- Utiliser à fond le potentiel qu'offrent les technologies de pointe de communication et d'information (notamment l'Internet) afin de faciliter le recours à la CTP dans le domaine de la santé.

11.3 *Aux institutions*

- Reconnaître les compétences relatives qui existent déjà dans la Région et les refléter au niveau du contenu et des mécanismes utilisés pour répondre aux priorités nationales de coopération;
- Appliquer les nouvelles orientations du PNUD à la CTPD, notamment au plan de l'intégration entre coopération technique et coopération économique par le biais de la conception et de la mise en œuvre de projets stratégiques du type "joint venture" qui permettent de véritablement imbriquer la santé dans le développement.

12. Conclusions et perspectives d'avenir

La CTP occupera un espace de plus en plus important sur la scène de la coopération technique dans le domaine de la santé au XXI^e siècle. Cette affirmation se fonde sur les constatations suivantes : le degré de "masse critique" des compétences nationales sanitaires accumulées dans la Région des Amériques; la diffusion des informations relatives à ces compétences; l'augmentation de la confiance réciproque entre les pays en vue d'affronter des problèmes communs et la volonté des pays de disposer de choix et non plus de propositions uniformes ou uniques. La coopération technique de l'OPS avec chacun des pays de la Région ainsi que l'appui et l'encouragement qu'elle leur donne afin qu'ils coopèrent entre eux ont contribué dans une large mesure à cette situation.

La CTP dans le domaine de la santé, en dépit de ses contraintes, devient de plus en plus importante comme stratégie de coopération internationale des pays en raison du fait qu'elle respecte leur souveraineté et autodétermination, qu'elle est pertinente et d'un coût relativement modeste. Dans un monde globalisé, où les processus économiques sont en train d'effacer les frontières, la CTP peut favoriser l'intégration tout en accentuant l'identité nationale. Par le biais de la CTP peuvent se produire des échanges d'expériences qui permettent de valider entre homologues des technologies de remplacement qui, jusqu'à présent, ont trait essentiellement aux processus.

Certains pays de la Région ont nettement avancé sur la voie de la mise en place d'un système national de coopération extérieure et d'autres ont créé des institutions de coopération internationale ou des fonds visant son financement. Ceci permet de mieux cibler les intérêts de coopération technique provenant de protagonistes nationaux multiples qui viennent s'ajouter aux acteurs traditionnels à la suite des démarches de décentralisation et de démocratisation.

Les contenus des activités et projets de CTP révèlent un degré accru de réciprocité et un affaiblissement de la tendance unidirectionnelle de la coopération entre les pays. Bien qu'au départ un pays était identifié comme étant le bénéficiaire et l'autre comme le donateur,

à l'heure actuelle on reconnaît que, grâce à cette stratégie, tous les participants sortent gagnants.

Les instances nationales responsables de la CTP dans bon nombre de pays de la Région ne relèvent plus des ministères ou des bureaux de planification mais bien des ministères des relations extérieures. Cette tendance peut s'interpréter comme une reconnaissance de la part des pays du besoin d'avoir une présence nationale en cette époque de mondialisation.

Bibliographie

1. Alleyne, G. et Sotelo, JM., OPS/OMS, Cooperación técnica entre países de las Américas, préparé pour la Réunion interrégionale de consultation sur la programmation de la CTP dans le domaine de la santé, Djakarta, 1993.
2. Nations Unies, Conférence sur la coopération technique entre les pays en développement, Buenos Aires, 30 août au 12 septembre 1978.
3. OMS, Coopération technique entre les pays en développement en vue d'atteindre l'objectif de la santé pour tous, 77e Réunion du Conseil exécutif, EB77/16, 1986.
4. OMS. El concepto de cooperación técnica de la OPS, DGO/80, 3-5 mai 1980.
5. OMS. Rapport du Conseil exécutif à sa 59^e réunion sur le projet de budget par programme pour 1978-1979, Acta oficial No. 238, 1977.
6. OPS/OMS. Cooperación Interpaíses, Seminario-taller sobre la Instrumentación del Plan de acción SPT-2000,IMPLAN/7.
7. OPS/OMS, Cooperación técnica entre les países en desarrollo. XXX^e Réunion du Conseil directeur, Washington, DC, septembre-octobre 1984.
8. OPS/OMS, Discusiones técnicas : Cooperación técnica entre países (CTP), Washington, DC, 1989.
9. OPS/OMS. Documentos básicos de la Organización Panamericana de la Salud, Documento oficial No. 240, pp. 9-12, 47-52, 1991.
10. OPS/OMS. Informe de la Segunda reunión del Grupo especial de trabajo sobre la CTP de l'OPS/OMS, Washington, DC, 30 avril-11 mai 1984.

11. OPS/OMS. Informe del Subcomité de Planificación y de Programación del Comité Ejecutivo. Lineamientos para la promoción de la CTPD/CEPD en el sector salud con colaboración de la OPS, 92^a Réunion du Comité exécutif, juin 1984.
12. PNUD, Decisiones mayores sobre la CTPD adoptadas en 1992-1993, dependencia especial para CTPD.
13. PNUD, Nuevas orientaciones de la cooperación técnica entre los países en desarrollo, août 1996.

Annexes

BUDGET PROGRAMME CTP

UNITE	BUDGET APPROUVE		DIFFERENCE	DISPONIBLE 1998
	1996-1997	1998-1999	1996-1997 et 1998-1999	
ARG	150 600	165 600	15 000	78 700
BAH	22 800	97 800	75 000	46 500
BLZ	80 500	115 500	35 000	54 900
BOL	87 100	132 100	45 000	62 700
BRA	144 000	169 000	25 000	80 300
CAR	431 400	431 400	-	204 900
CHI	26 300	86 300	60 000	41 000
COL	100 600	125 600	25 000	59 700
COR	60 200	100 200	40 000	47 600
CUB	70 900	165 900	95 000	78 800
DOR	72 200	107 200	35 000	50 900
ECU	67 700	107 700	40 000	51 200
ELS	60 200	110 200	50 000	52 300
GUT	133 000	148 000	15 000	70 300
GUY	57 300	117 300	60 000	55 700
HAI	189 400	204 400	15 000	97 100
HON	37 600	97 600	60 000	46 400
JAM	94 800	119 800	25 000	56 900
MEX	140 400	155 400	15 000	73 800
NIC	165 800	180 800	15 000	85 900
PAN	53 600	93 600	40 000	44 500
PAR	62 100	102 100	40 000	48 500
PER	130 600	145 600	15 000	69 200
SUR	26 300	81 300	55 000	38 600
TRT	67 400	112 400	45 000	53 400
URU	49 600	94 600	45 000	44 900
VEN	122 300	137 300	15 000	65 200
AD	296 400	296 400	-	140 800
TOTAUX	3 001 100	4 001 100	1 000 000	1 900 700

COOPERATION TECHNIQUE ENTRE PAYS : QUELQUES UNES DES EXPERIENCES DE LA REGION DES AMERIQUES

Cuba/Etats-Unis d'Amérique

La neuropathie épidémique qui s'est déclenchée à Cuba pendant les 6 derniers mois de 1991 et qui en 1994 avait affecté plus de 50 000 personnes avait demandé une enquête multidisciplinaire pour déterminer ses causes. L'OPS a mis sur pied et coordonné des efforts de coopération internationale pour étudier l'étiologie et la pathogenèse de l'épidémie. Des chercheurs du NIH et des CDCP des Etats-Unis ont travaillé ensemble avec des chercheurs et des agents de santé de Cuba pour concevoir et réaliser une recherche exhaustive avec des études cliniques, épidémiologiques, nutritionnelles, toxicologiques et d'isolation du virus afin de déterminer les facteurs causatifs de cette épidémie intrigante qui avait été la cause de cécité chez un grand nombre des patients. En 1994, une conférence internationale était organisée à Cuba aux fins de présenter les résultats de cette enquête. L'information provenant de l'enquête a été rapidement traduite en mesures de lutte contre l'épidémie par le Gouvernement cubain.

Argentine/Bolivie/Chili/Mexique/Paraguay/Uruguay

Suite à la flambée de cas d'Hantavirus dans les régions frontalières entre le Chili et l'Argentine, plusieurs pays de la Région ont décidé d'améliorer les actions conjointes en vue d'enrayer la transmission d'Hantavirus en renforçant les capacités de diagnostic en laboratoire et de contrôle des flambées de cas. La plupart des pays au milieu de la Région, proches des Etats-Unis, pouvaient compter sur le soutien offert par les CDCP et, par conséquent, les pays du Cône Sud ont convenu d'utiliser les capacités réunies en Argentine au sein de l'*Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS)*. Le Mexique qui disposait également de capacités en ce domaine participait au projet afin d'apporter un soutien aux autres pays plus proches. En avril 1998, la seconde réunion internationale sur l'Hantavirus a eu lieu à Buenos Aires. Pendant cette réunion, on a conclu que tous les engagements pris par les pays lors de la réunion précédente avaient permis de faire des progrès satisfaisants concernant la surveillance épidémiologique, le diagnostic clinique et de laboratoire, la biosécurité, les mesures de contrôle et les enquêtes sur les flambées de cas.

Brésil/Paraguay

Après une évaluation très satisfaisante du programme conjoint sur la lutte contre la rage conçu en 1996 et réalisé en 1997, le Brésil et le Paraguay ont décidé d'élargir leur coopération et d'inclure d'autres domaines tels que le traitement des morsures d'animaux vénéreux (avec notamment fourniture d'antivenin contre les morsures de serpent) ainsi que

la prévention et le contrôle de la leptospirose et la leishmaniose. Outre le transfert de technologie, le Brésil a également fait une importante contribution en nature (vaccins contre la rage et antivenin contre les morsures de serpent).

Colombie et Venezuela

En 1996, une épidémie d'encéphalite équine s'est déclenchée au Venezuela et s'est propagée par la suite à la Colombie. Afin de prévenir de nouvelles flambées de cas et d'épidémies, les deux pays ont convenu de mettre sur pied un projet en vue d'accroître les capacités des vétérinaires et des médecins dans les domaines suivants : diagnostic et mise en place de mesures de contrôle, identification des zones géographiques à hauts risques et élaboration d'un plan conjoint pour la surveillance et la prévention de la maladie. Plusieurs ateliers conjoints se sont déroulés ainsi que d'autres activités de formation pour renforcer les capacités de diagnostic en laboratoire.

Honduras/Panama/République dominicaine

En juin 1996, une réunion des Directeurs nationaux de la Santé mentale de la Région s'est tenue à Panama pour faire le point de la situation concernant la Déclaration de Caracas (1990) sur la restructuration des soins psychiatriques dans le but de promouvoir des soins communautaires complets qui sont décentralisés, participatifs, continus et de nature préventive. Suite à cette réunion, plusieurs pays de la Région ont décidé de travailler ensemble et de s'appuyer mutuellement. Panama et le Honduras ont organisé des visites pour partager des expériences, mettre en place des programmes de formation pour les internes des services psychiatriques afin de les mettre au courant des programmes qui sont déjà en cours à Panama. La République dominicaine cherche à collaborer avec Panama et le Honduras dans le domaine de la santé mentale.

El Salvador/Honduras et Costa Rica/Nicaragua

Les pays collaborent de plus en plus dans le domaine de la santé. Des activités qui ont commencé comme proposition en vue de répondre au besoin évident de coordination de certaines actions telles que le contrôle de la rage, les campagnes de vaccination et l'échange d'information pour le contrôle du choléra sont devenues des propositions de plus grande envergure visant à permettre l'accès aux services de santé au-delà des frontières.

Belize/Guatemala

Ces deux pays ont décidé de travailler ensemble pour la prévention et le contrôle de la rage dans les régions frontalières.

Cuba/Nicaragua

Les autorités du Nicaragua savent depuis longtemps qu'il est important de mettre en place le Centre national de Diagnostic et de Référence. Après la flambée de cas de leptospirose en 1996, ce besoin se faisait plus urgent. Cuba fournit depuis plusieurs années une coopération technique au Nicaragua afin de renforcer le *Centro Nacional de Diagnóstico y Referencia*. Un certain nombre d'experts cubains se sont rendus au Nicaragua pour réaliser des activités de formation et de transfert de technologie portant sur le diagnostic de laboratoire.

Villes jumelles entre pays

Le long de la frontière dans la Région, les villes sont jumelées. Outre le partage d'une écologie commune, les populations partagent une culture frontalière spéciale qui souvent les rapproche davantage de la ville de l'autre côté de la frontière que de la communauté faisant partie de leur pays. Cette ressemblance est la base d'un ensemble de projets de jumelage de villes, par exemple les villes le long de la frontière entre le Mexique et les Etats-Unis ou encore Tacna et Arica à la frontière entre le Pérou et le Chili.

Bolivie/Mexique

Un grand nombre de naissances en Bolivie et au Mexique se font avec l'aide des accoucheuses traditionnelles. L'OPS a encouragé un projet de coopération technique entre les deux pays pour partager les expériences du travail des accoucheuses traditionnelles et encourager une action plus efficace et plus appropriée de la part des programmes nationaux de santé génésique. Le projet a été mené à bien et les deux ministères de la santé ont mis au point une publication pour diffuser les résultats.

Equateur/Pérou

Après la guerre entre l'Equateur et le Pérou, les autorités sanitaires des deux pays souhaitaient renouveler la coopération sanitaire transfrontalière. Cette coopération était également vue comme l'occasion de rapprocher les deux pays et de mettre en place une paix durable entre les deux pays. L'OPS a soutenu une consultation en vue de réaliser un projet d'intervention sanitaire dans la région frontalière. Ce projet est en train d'être réalisé. Récemment, les deux Ministres de la santé se sont rencontrés dans une ville frontalière et ont décidé de faire de la santé une des grandes questions à l'ordre du jour des négociations de paix entre les deux pays.

Pays des Caraïbes orientales

Les Iles des Caraïbes réalisent depuis longtemps des activités de coopération sanitaire. Dans le domaine des achats de médicaments essentiels, ils ont pris un accord formel d'achats conjoints afin de faire baisser les coûts. Au vu de la réussite de ce projet, on est en train d'étudier la possibilité de services partagés d'entretien du matériel biomédical. Les pays ont également discuté des mécanismes pour partager des services au niveau des soins de santé tertiaires (spécialités comme la radiologie, l'ophtalmologie, la neurologie et la dermatologie). Les mesures pour les aiguillages et le paiement de ces services doivent encore être prises.

Canada et plusieurs pays des Caraïbes

Le Centre collaborateur de l'OPS/OMS pour les soins infirmiers cliniques et administratifs de l'hôpital du Mont Sinaï à Toronto a fourni des consultations à plusieurs pays des Caraïbes anglophones afin d'améliorer la composition du personnel dans le domaine des soins infirmiers pour qu'ils puissent mettre en parallèle les ressources humaines et les besoins du point de vue personnel.

Jamaïque/Surinam

Les deux pays ont collaboré pour renforcer les services infirmiers de l'Hôpital universitaire Paramaribo par le biais de la formation des infirmiers du Surinam à l'Hôpital public de Kingston en Jamaïque.

Guyana/Trinité-et-Tobago

Suivant les résolutions des Ministres de la Santé des Caraïbes sur le sujet des services partagés, Guyana et Trinité-et-Tobago ont conclu un accord pour permettre aux habitants de la Guyana de recevoir des soins de santé spécialisés à Trinité.

CRITERES POUR L'UTILISATION DES FONDS CTP DE L'OPS

Les fonds CTP de l'OPS peuvent être utilisés pour les buts suivants :

- formuler un projet CTP ;
- financer des activités dans un projet CTP.

L'utilisation des fonds CTP ne peut être autorisée que par le Directeur. Les domaines généraux auront été approuvés dans le BPB, le Directeur doit voir les propositions spécifiques de projet qui lui seront présentés par le bureau du Sous-Directeur. L'approbation sera facilitée si les "projets" ont les caractéristiques suivantes :

- Données générales et justification : avec accord juridique ou autre accord entre les pays indiquant qu'ils souhaitent collaborer.
- But : tout particulièrement ce que le projet doit réaliser ainsi qu'un indicateur témoignant de cette réalisation.
- Résultats anticipés : les résultats anticipés de la coopération et leurs indicateurs de performance
- Activités : elles doivent correspondre à une ou plusieurs des approches fonctionnelles de coopération technique. Cette section doit montrer clairement les contributions des pays.
- Budget : il doit montrer clairement la contribution des pays et celle de l'OPS.

Note : Aucune nouvelle proposition détaillée ne sera nécessaire pour des changements dans des activités spécifiques pour les projets déjà en cours.

- Les propositions qui entrent dans le cadre d'un programme plus vaste auront la priorité sur des propositions qui cherchent à utiliser les maigres ressources de l'OPS pour des activités uniques et isolées d'un impact limité.
- Les propositions de projet n'ont pas besoin d'être des documents élaborés mais l'OPS doit être précis et responsable avec cette forme de coopération technique, comme pour d'autres.
- S'il existe une justification adéquate, le Directeur est préparé à autoriser l'utilisation des fonds de la CTP pour les aspects promotionnels de la CTP pouvant inclure le financement des réunions ou des missions préparatoires pour préparer des propositions spécifiques de CTP.