



ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ



27e CONFÉRENCE SANITAIRE PANAMÉRICAINNE
59e SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL

Washington, D.C., EUA, 1-5 octobre 2007

CSP27/FR (Fr.)
31 décembre 2007
ORIGINAL: ANGLAIS

RAPPORT FINAL

TABLE DES MATIÈRES

	<i>Page</i>
Ouverture de la session	6
Questions relatives au Règlement	6
Constitution de la Commission de vérification des pouvoirs	6
Election du Bureau.....	6
Constitution d'un groupe de travail chargé d'étudier l'application de l'Article 6.B de la Constitution de l'OPS	7
Constitution de la Commission générale	7
Adoption de l'ordre du jour	7
Amendements au Règlement intérieur de la Conférence sanitaire panaméricaine.....	7
Questions relatives à la Constitution	8
Rapport annuel du Président du Comité exécutif	8
Rapports du Bureau sanitaire panaméricain : Rapport quinquennal 2003-2007 de la Directrice du Bureau sanitaire panaméricain et de la Santé dans les Amériques 2007	9
Élection du Directeur du Bureau sanitaire panaméricain et nomination du Directeur régional de l'Organisation mondiale de la santé pour les Amériques	12
Élection de trois États Membres au Comité exécutif au terme des mandats du Canada, Cuba, et du Venezuela	13
Questions relatives à la politique des programmes	13
Projet de plan stratégique 2008-2012	13
Projet de budget programme 2008-2009.....	16
Élimination de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale au sein des Amériques : Rapport de situation	19
Grippe aviaire et grippe pandémie : Rapport de situation	21
Paludisme dans les Amériques : Rapport de situation	23
Cibles régionales en matière de ressources humaines en santé 2007-2015	25
Table ronde sur la sécurité sanitaire internationale.....	28
Hôpitaux sûrs : Une initiative régionale sur les installations sanitaires résistantes aux catastrophes	30
Stratégie de renforcement des statistiques d'état civil et de la santé dans les pays des Amériques.....	32
Visages, voix et lieux : Réponse des communautés aux Objectifs du Millénaire pour le développement.....	35

TABLE DES MATIÈRES (*suite.*)

	<i>Page</i>
Questions relatives à la politique des programmes (<i>suite</i>)	37
Prévention et contrôle de la dengue au sein des Amériques : Approche intégrée et enseignements tirés	37
Politique et stratégie régionale pour assurer la qualité des soins de santé, y compris la sécurité des patients.....	39
Questions administratives et financières	42
Normes comptables internationales pour le secteur public.....	42
Fonds directeur d'investissement.....	42
Rapport sur le recouvrement des contributions	43
Rapport financier partiel du Directeur pour 2006.....	44
Rapport sur les activités de l'Unité des Services de contrôle interne	45
Nomination de l'Auditeur externe	46
Traitement du Directeur du Bureau sanitaire panaméricain	47
Questions relatives aux Comités	47
Sélection d'un État Membre de la Région des Amériques habilité à désigner une personne au Conseil conjoint de coordination du Programme spécial de recherche et formation de l'UNICEF/PNUD/Banque mondiale/OMS concernant les maladies tropicales.....	47
Prix	47
Prix d'administration de l'OPS 2007	47
Prix Abraham Horwitz pour la direction en santé interaméricaine 2007.....	48
Prix Manuel Velasco-Suárez de Bioéthique 2007	49
Questions relatives à l'information	50
Rapport du Comité consultatif de la recherche en santé.....	50
Résolutions et autres actions de la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé revêtant un intérêt pour le Comité régional	52
Autres questions	53
Rapport sur l'Agenda de la santé dans les Amériques, 2008-2017	53
Rapport sur la Conférence internationale sur la santé pour le développement "Buenos Aires 30-15"	54
Mise à jour du système global de gestion de l'OMS à l'OPS.....	55
Autres questions mentionnées par les États Membres.....	56
Clôture de la session	56

TABLE DES MATIÈRES (suite)

	<i>Page</i>
Résolutions et décisions	56
<i>Résolutions</i>	57
CSP27.R1 Amendements au règlement intérieur de la Conférence sanitaire panaméricaine.....	57
CSP27.R2 Elimination de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale au sein des Amériques.....	58
CSP27.R3 Rapport sur le recouvrement des contributions	59
CSP27.R4 Plan stratégique du Bureau sanitaire panaméricain 2008-2012.....	60
CSP27.R5 Projet de budget programme de l'Organisation panaméricaine de la santé pour l'exercice 2008-2009	62
CSP27.R6 Contributions des États Membres, des États Participants et des Membres Associés de l'Organisation panaméricaine de la santé pour l'exercice 2008-2009	66
CSP27.R7 Cibles régionales en matière de ressources humaines en santé 2007-2015	69
CSP27.R8 Election de trois États Membres au Comité exécutif au terme des mandats du Canada, de Cuba et du Venezuela.....	71
CSP27.R9 Election du Directeur du Bureau sanitaire panaméricain et nomination du Directeur régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour les Amériques	72
CSP27.R10 Politique et stratégie régionale pour assurer la qualité des soins de santé, y compris la sécurité des patients.....	72
CSP27.R11 Le paludisme dans les Amériques.....	75
CSP27.R12 Stratégie destinée à renforcer le recueil des statistiques de l'état civil et de la santé dans les pays de la Région des Amériques	77
CSP27.R13 Sécurité internationale de la santé : Mise en œuvre du Règlement sanitaire international	79
CSP27.R14 Hôpitaux sûrs : Une initiative régionale sur les installations sanitaires résistantes aux catastrophes	81
CSP27.R15 Prévention et contrôle de la dengue au sein des Amériques.....	84
CSP27.R16 Nomination de l'Auditeur externe	86
CSP27.R17 Traitement du Directeur du Bureau sanitaire panaméricain	87
CSP27.R18 Normes comptables internationales pour le secteur public.....	87
CSP27.R19 Fonds directeur d'investissement.....	88

TABLE DES MATIÈRES (*suite*)

	<i>Page</i>
<i>Décisions</i>	90
CSP27(D1) Constitution de la Commission de vérification des pouvoirs	90
CSP27(D2) Election du bureau	90
CSP27(D3) Adoption de l'ordre du jour	90
CSP27(D4) Constitution d'un Groupe de travail chargé d'examiner l'application de l'Article 6.B de la Constitution de l'OPS	91
CSP27(D5) Constitution de la Commission générale	91
CSP27(D6) Sélection d'un État Membre de la Région des Amériques habilité à désigner une personne au Conseil conjoint de coordination du Programme spécial de recherche et formation de l'UNICEF/PNUD/Banque mondiale/OMS concernant les maladies tropicales.....	91

Annexes

- Annexe A. Agenda
- Annexe B. Liste des Documents
- Annexe C. Liste des Participants

RAPPORT FINAL

Ouverture de la session

1. La 27^e Conférence sanitaire panaméricaine, 59^e session du Comité régional de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) s'est tenue au Siège de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) à Washington, D.C., du 1^{er} au 5 octobre 2007.

2. L'Ambassadeur Efrén Cocios Jaramillo (Equateur, Président sortant) a ouvert la session et souhaité la bienvenue aux participants. Le Dr Mirta Roses (Directrice, Bureau sanitaire panaméricain) a également souhaité la bienvenue aux participants. Des allocutions d'ouverture ont été prononcées par les personnalités suivantes : l'Honorable Mike Leavitt (États-Unis d'Amérique), l'Ambassadeur Luis Alberto Rodriguez (Coordinateur national et Envoyé spécial pour les Amériques, Vème Sommet des Amériques), M. Nils Kastberg (Directeur régional pour l'Amérique latine et la Caraïbe, Fonds des Nations Unies pour l'enfance), l'Ambassadeur Albert Ramdin (Secrétaire général adjoint de l'Organisation des États Américains), et le Dr Margaret Chan (Directeur général, Organisation mondiale de la santé). Le texte des discours respectifs est disponible à l'adresse suivante (<http://www.paho.org/french/gov/csp/csp27index-f.htm>).

Questions relatives au Règlement

Constitution de la Commission de vérification des pouvoirs

3. Conformément à l'Article 32 du Règlement intérieur de la Conférence sanitaire panaméricaine, la Conférence a désigné le Guyana, le Honduras et l'Equateur comme membres de la Commission de vérification des pouvoirs. (Décision CSP27(D1)).

Election du Bureau

4. Conformément à l'Article 17 du Règlement, le bureau a été constitué comme suit: (Décision CSP27(D2)):

<i>Présidente :</i>	Chili	(Dr María Soledad Barría)
<i>Vice-Président:</i>	République dominicaine	(Dr Bautista Rojas Gómez)
<i>Vice-Président:</i>	Suriname	(Hon. Dr Celsius Waterberg)
<i>Rapporteur:</i>	États-Unis d'Amérique	(Ms. Elizabeth Yuan)

5. La Directrice a rempli le rôle de Secrétaire *ex officio* et le Dr Cristina Beato, Directrice adjointe du Bureau sanitaire panaméricain (BSP) a été la Secrétaire technique.

Constitution d'un groupe de travail chargé d'étudier l'application de l'Article 6.B de la Constitution de l'OPS

6. Conformément à l'Article 35 du Règlement intérieur, la Conférence a désigné le Belize, la Bolivie et le Canada comme membres de la Commission générale chargée d'étudier l'Application de l'Article 6.B de la Constitution de l'OPS (Décision CSP27(D4)).

Constitution de la Commission générale

7. Conformément à l'Article 33 du Règlement intérieur, la Conférence a désigné Cuba, le Guatemala et le Mexique comme membres de la Commission générale (Décision CSP27(D5)).

Adoption de l'ordre du jour (Document CSP27/1)

8. La Conférence a adopté l'ordre du jour reproduit dans le Document CSP27/1 sans le modifier (Décision CSP27(D3)). La Conférence a également adopté un calendrier des réunions (Document CSP27/WP/1, Rév.1).

Amendements au Règlement intérieur de la Conférence sanitaire panaméricaine (Document CSP27/3)

9. Le Secrétariat a attiré l'attention sur le Document CSP27/3, qui présente une proposition de la Directrice en vue d'arrêter la production des comptes rendus récapitulatifs de la Conférence et du Conseil directeur. Ils seraient remplacés par un rapport final complet analogue à celui produit pour les sessions du Comité exécutif depuis 1995. Sur demande, des comptes rendus des minutes seraient mis à la disposition des Membres et le Bureau fournirait une transcription de tout débat intéressant tel Membre. Le changement résulterait en un produit convivial et permettrait à l'Organisation de faire de nettes économies.

10. La Directrice a noté que les rapports récapitulatifs produits par le Comité exécutif et ses divers sous-comités avaient été bien reçus. Elle a assuré la Conférence qu'un rapport complet de toutes les réunions des Organes directeurs serait gardé.

11. La Conférence a adopté la Résolution CSP27.R1, approuvant les changements proposés au Règlement intérieur.

Questions à la Constitution

Rapport annuel du Président du Comité exécutif (Document CSP27/4)

12. L'Honorable H. John Maginley (Antigua-et-Barbuda, Vice Président du Comité exécutif) a fait un rapport sur les activités menées par le Comité exécutif et ses divers sous-comités entre septembre 2006 et septembre 2007 notant que lors de sa 140^e Session en juin 2007, le Comité avait envisagé une stratégie et un plan d'action régionaux pour la prévention et le contrôle du cancer du col. Ce point de l'ordre du jour avait été communiqué à la Conférence aux fins d'action car le Comité exécutif n'avait pas été en mesure d'arriver à un accord sur la résolution proposée.

13. Le Comité avait approuvé à l'unanimité l'attention que portait l'OPS au grave problème du cancer du col mais les Membres avaient remis en question certains aspects de la stratégie régionale proposée. Si certains Membres soutenaient vivement l'introduction du nouveau vaccin contre le virus du papillome humain (HPV), par contre d'autres pensaient que le coût élevé du vaccin constituait un obstacle de taille à son utilisation répandue. Plusieurs délégués avaient insisté sur le fait que leur pays ne souhaitaient pas introduire un vaccin qui n'entraîne pas dans la portée de la majorité de leur population et avaient demandé à l'OPS d'étudier les possibilités d'aider les pays à négocier des prix plus favorables par le biais du Fonds de roulement pour les achats de vaccins. Certains membres du Comité s'étaient également préoccupés du dépistage visuel et de la méthodologie de traitement par cryothérapie recommandés dans la stratégie régionale proposée. Ils pensaient que la méthodologie ne devait pas forcément être recommandée dans des pays où l'étude des frottis vaginaux fonctionnait bien. Le Comité avait demandé au Secrétariat de revoir la stratégie régionale, en se rappelant des commentaires et préoccupations des Membres et en présentant à nouveau ce point de l'ordre du jour au Comité aux fins d'examen en 2008.

14. Dans la discussion qui s'en est suivie, des représentants de plusieurs États Membres se montrés déçus que le Comité exécutif avait été incapable d'arriver à un accord sur la stratégie régionale sur la prévention et le contrôle du cancer du col, en particulier l'introduction du vaccin contre le virus du papillome humain. On pensait que même s'il était imparfait, le vaccin et l'approche de dépistage visuel seraient des outils très utiles pour réduire la morbidité et la mortalité imputables au cancer du col. L'OPS et les États Membres étaient encouragés à faire du cancer du col une priorité.

15. La Directrice a assuré la Conférence que le cancer du col était effectivement une priorité pour l'Organisation. Le Secrétariat était en train de revoir la stratégie régionale tel que demandé par le Comité exécutif et la présenterait à nouveau aux Organes directeurs en 2008. En attendant, il continuerait à fournir une coopération technique pour aider les États Membres à traiter la maladie.

16. Les comptes rendus sur les autres points de l'ordre du jour envisagés par le Comité exécutif lors de sa 139^e et 140^e Sessions et lors d'une session spéciale tenue par vidéoconférence en janvier 2007 sont donnés dans les rapports finals de ces sessions (Documents CE139/FR, CESS/FR, et CE140/FR, Annexes A, B, et C, respectivement, au Document CSP27/4).

17. La Conférence a remercié les Membres du Comité pour leur travail et a pris note du rapport.

Rapports du Bureau sanitaire panaméricain: Rapport quinquennal 2003-2007 de la Directrice du Bureau sanitaire panaméricain (Document officiel 329) et de la Santé dans les Amériques 2007 (Publication scientifique et technique 622)

18. La Directrice a commencé l'introduction de son Rapport quinquennal en passant une vidéo illustrant certaines des activités entreprises et les réussites rencontrées par l'Organisation lors de la période précédente de cinq ans. Ensuite, elle a fait ressortir les grands traits de son rapport qui passe en revue les progrès faits par le Secrétariat en vue de mener à bien les missions qui lui confient les États Membres, surtout le Plan stratégique 2003-2007. Elle rappelle qu'en 2003, elle a adopté une stratégie servant à obtenir les résultats escomptés du Plan stratégique. La stratégie repose sur un programme de transformation institutionnelle visant à renforcer la coopération technique du Secrétariat. Aussi, l'Organisation avait-elle suivi la voie du renforcement institutionnel pour améliorer la gouvernance, la planification, la gestion axée sur les résultats, la responsabilisation et la transparence. Un grand nombre des changements mis en œuvre pendant cette période répondaient directement aux recommandations faites par le Groupe de travail sur l'OPS au 21^e siècle.

19. Le rapport présentait également une information sur les actions prises par l'OPS par rapport aux mandats sanitaires fixés par les États Membres lors des sommets des Amériques et autres forums régionaux et sous-régionaux, notamment la fourniture du traitement antirétroviral à au moins 600 000 personnes infectées par le VIH d'ici l'année 2005, ce qui a permis à la Région d'avancer nettement vers le but de l'OMS de « 3 d'ici 5 » (trois millions de personnes séropositives à VIH dans les pays en développement recevant des médicaments antirétroviraux d'ici la fin de 2005). Les progrès mis en avant dans le rapport n'étaient pas seulement le fruit du travail du personnel du Secrétariat mais également des États Membres et des partenaires de l'Organisation qu'elle souhaitait sincèrement remercier pour tous leurs efforts.

20. S'agissant de la publication *Santé dans les Amériques 2007*, elle a indiqué qu'il brossait un tableau plus complet de la situation de la Région et dans les pays pris individuellement sur le plan de la santé et du développement humain, de maladies spécifiques et de facteurs risques, de santé environnementale et évolution des systèmes de

santé. Il fait également le point des progrès réalisés dans la Région en vue d'atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement. Elle a attiré l'attention sur certaines statistiques relatives à la population, l'espérance de vie, la morbidité et la mortalité, les maladies et risques de santé, les ressources sanitaires et autres domaines couverts dans le rapport, notant par exemple que la Région continuait à connaître une croissance de la population, bien que la cadence se soit ralentie par rapport au passé. La Région assistait également à un vieillissement de la population. Par ailleurs se maintenait la tendance à l'urbanisation. On note un certain progrès dans la lutte contre la pauvreté bien que 40,6% de la population en Amérique latine et aux Caraïbes continue à vivre dans la pauvreté et que 152 millions de personnes n'avaient toujours pas accès à l'eau salubre et aux services d'assainissement de base. L'espérance de vie à la naissance s'est rallongée constamment dans la Région depuis le milieu des années 1900 et l'écart entre les pays de l'Amérique du Nord et ceux de l'Amérique latine et des Caraïbes continue de se rétrécir bien qu'il existe encore des différences marquées dans certains cas.

21. Elle a conclu en notant que chaque statistique dans le rapport symbolisait la vie d'un homme, d'une femme ou d'un enfant d'un coin de la Région et espérait que l'édition 2012 de la *Santé dans les Amériques* indiquerait un net pas en avant pour une vie plus longue, plus pleine et plus productive de chaque habitant des Amériques mais surtout pour les groupes les plus défavorisés et exclus.

22. Les États Membres ont fait l'éloge des progrès réalisés pour améliorer la santé dans la Région lors des cinq années passées. Ils ont également félicité la Directrice pour avoir amélioré la gestion de l'OPS et rehausser sa responsabilisation, transparence et efficacité. Par ailleurs, les délégués ont également mentionné les défis qu'il faudra relever à l'avenir, notamment la nécessité de renforcer la protection sociale et de réduire l'exclusion sociale, d'éliminer les inégalités en santé, de s'attaquer au changement climatique et autres problèmes environnementaux et de traiter les questions des ressources humaines, surtout la migration des professionnels de la santé des pays en développement vers ceux développés.

23. Un certain nombre de délégués ont indiqué que la *Santé dans les Amériques 2007* montrait bien que les Amériques restaient la région la plus inéquitable dans le monde et qu'il était essentiel de redistribuer la richesse si on voulait arriver à l'équité en santé. La nécessité de conférer une protection sociale surtout en renforçant et en élargissant la couverture des soins de santé primaires a également été mentionnée par plusieurs délégués au même titre que la nécessité de traiter les déterminants sociaux de la santé. On a mis en exergue le lien entre la santé et le développement humain en précisant que la santé n'était pas un coût mais plutôt un investissement qui contribuerait au développement et à la croissance économique. Plusieurs délégations ont décrit les efforts faits par leur gouvernement pour étendre la protection sociale, combattre la pauvreté et l'inégalité et assurer des soins de qualité à tous les habitants. Un certain nombre de

programmes nationaux traitant de problèmes de santé spécifiques ont également été mentionnés.

24. Les délégués étaient d'avis que l'épidémie croissante de maladies non transmissibles serait un des grands défis qui confronterait la région dans les cinq années à venir. A cet égard, ils ont mis en relief la nécessité de promouvoir des habitudes et styles de vie sains. Il s'agit de prêter une attention plus grande aux carences nutritionnelles et autres problèmes de santé liés au régime alimentaire, surtout l'obésité et le poids excédentaire. Le changement climatique et autres problèmes environnementaux représentaient un autre problème qu'il fallait relever de manière urgente.

25. La question des ressources humaines préoccupait vivement un grand nombre de délégués. En effet, les pays de l'Amérique latine et des Caraïbes investissaient des sommes énormes dans la formation des professionnels de la santé et tout cela pour les voir partir vers des pays plus riches de l'Amérique du Nord et de l'Europe, phénomène appelé « vol de cerveaux » par l'un des délégués. Aussi, les pays avaient-ils de plus en plus de mal à prêter des soins de qualité à leurs populations. La formation dispensée au personnel de santé relevait d'une autre préoccupation. On pensait en effet qu'il fallait insister davantage sur la promotion de la santé et les soins de santé primaires et moins sur les soins spécialisés et hospitaliers. On recommandait vivement à l'OPS d'accorder à la question des ressources humaines un rang hautement prioritaire dans la période quinquennale à venir.

26. La discussion a également mis en relief l'importance de la collaboration entre les pays au niveau sous-régional, surtout dans le contexte actuel de la mondialisation. L'OPS a été félicitée pour son soutien accordé aux processus d'intégration sous-régionale et on relevé l'importance du rôle de l'Organisation au niveau du renforcement des autorités sanitaires nationales et du leadership des ministères de la santé. De plus, on a mis en avant la valeur de la médecine traditionnelle pour traiter des problèmes de santé publique contemporains. On a proposé que les deux rapports fassent mention de mécanismes novateurs pour le financement de médicaments et l'achat de vaccins, par exemple le mécanisme international d'achats de médicaments (UNITAID), les engagements à l'avance sur le marché des vaccins (AMC) et le mécanisme de financement international pour la vaccination (IFFIm).

27. La Directrice a réitéré que les réussites des cinq années précédentes étaient le résultat de la collaboration au sein de l'Organisation entière y compris les États Membres qui ont participé activement à la transformation et au renforcement institutionnel depuis 2002. Grâce à cela, l'Organisation comptait à présent des instruments programmatiques et décisionnels hautement efficaces, au rang desquels figure la Politique régionale du Budget-Programme, adoptée en 2004. Autre instrument, la Stratégie régionale sur la

nutrition en santé et développement, adoptée en 2006, qui traite d'un grand nombre des questions liées au régime alimentaire et à la nutrition, soulevées par les délégués.

28. Répondant aux commentaires concernant l'inégalité et la protection sociale, elle a indiqué qu'il était vrai que le secteur de la santé fonctionnait dans un contexte de terribles inégalités, exclusions et discriminations mais qu'il est tout aussi vrai que le secteur a la responsabilité de ne pas ajouter ou perpétuer les inégalités. Au contraire, le secteur devait être utilisé comme un moyen de redistribuer les ressources et de promouvoir la justice sociale. Aussi, tel qu'on l'avait noté dans la discussion, il était vital de renforcer la capacité de leadership des autorités sanitaires nationales pour leur permettre de forger des alliances avec les autorités d'autres secteurs afin de traiter les déterminants de la santé qui n'entraient pas dans le contrôle direct du secteur de la santé. En ce qui concerne les déterminants sociaux de la santé, elle a noté que les Amériques participaient activement au travail de la Commission de l'OMS concernant la question et que c'était la seule région de l'OMS qui avait organisé une consultation formelle avec la société civile pour informer le rapport de la Commission.

29. Enfin, elle a fait savoir que le Secrétariat savait que certaines informations avaient été omises dans la *Santé pour les Amériques 2007* et qu'un erratum serait publié dans les trois à quatre mois à venir pour corriger ces oublis.

30. La Conférence a remercié la Directrice pour sa présentation et a pris note des rapports.

Élection du Directeur du Bureau sanitaire panaméricain et nomination du Directeur régional de l'Organisation mondiale de la santé pour les Amériques (Document CSP27/5)

31. Le Dr Mirta Roses Periago (Argentine) a été réélue au poste de Directrice du Bureau sanitaire panaméricain pour une période de cinq ans, à compter du 1^{er} février 2008. L'élection s'est faite au scrutin secret. Un total de 38 votes a été émis, dont deux invalides, d'où 36 votes valides pour le Dr Roses. Le Dr Raúl Castellanos (Porto Rico) et Mme Natividad Nalda (Espagne) étaient les scrutateurs.

32. La Conférence a adopté la Résolution CSP27.R9, déclarant que le Dr Roses avait été élu et présentant son nom au Conseil exécutif de l'Organisation mondiale de la Santé aux fins de sa nomination en tant que Directrice régionale pour les Amériques.

33. Le discours d'acceptation du Dr Roses peut être consulté à l'adresse suivante : (<http://www.paho.org/english/gov/csp/csp27-div8-e.pdf>).

34. Le Dr Margaret Chan (Directeur général-OMS) a accueilli avec satisfaction les résultats de l'élection, qu'elle voyait comme un solide vote de confiance dans le leadership et la performance de la Directrice pendant les cinq dernières années. Elle transmettrait les résultats de l'élection au Conseil exécutif de l'OMS qui confirmerait sans nul doute la nomination de la Directrice au poste de Directrice régionale pour les Amériques, en janvier 2008. Elle se faisait un plaisir de continuer à travailler en étroite collaboration avec le Dr Roses et le reste du personnel de l'OPS pour renforcer la santé publique dans le monde.

Élection de trois États Membres au Comité exécutif au terme des mandats du Canada, Cuba, et du Venezuela (Document CSP27/6)

35. La Conférence a élu la Bolivie, le Mexique et le Suriname pour siéger auprès du Comité exécutif remplaçant le Canada, Cuba et le Venezuela dont les mandats avaient expiré. L'élection s'est faite au scrutin secret : un total de 38 votes ont été émis, fixant la majorité requise à 20. Le dépouillement était le suivant : Bolivie: 23; Haïti: 21; Mexique: 34; et Suriname : 22. Le Dr Raúl Castellanos (Porto Rico) et Mme Natividad Nalda (Espagne) étaient les scrutateurs.

36. La Conférence a adopté la Résolution CSP27.R8, déclarant que la Bolivie, le Mexique et le Suriname étaient élus comme membres appelé à siéger auprès du Comité exécutif pour une période de trois ans et a remercié le Canada, Cuba et le Venezuela pour leurs services.

Questions relatives à la politique des programmes

Projet de plan stratégique 2008–2012 (Document officiel 328)

37. L'Honorable H. John Maginley (Représentant du Comité exécutif) a présenté ce point de l'ordre du jour et a fait le compte rendu des commentaires et recommandations du Comité exécutif à propos d'une version précédente du Plan stratégique 2008-2012, que le Comité avait discuté lors de sa 140^e Session en juin 2007 (voir CE140/FR, paragraphes 30-46)

38. Le Dr Daniel Gutiérrez (Responsable, Planification, Budget-Programme et Soutien aux Projets, OPS) a rappelé que le processus de mise au point du Plan stratégique pour 2008-2012 avait débuté une année auparavant sous le signe d'une forte participation, faisant appel à de nombreuses personnes de tous les trois niveaux de l'Organisation : régional, sous-régional et national. Les États Membres avaient également participé de près. L'OPS faisant partie du système interaméricain et de celui des Nations Unies, le Plan stratégique devait être aligné sur les instruments de planification des deux

systèmes, à savoir le onzième Programme général de travail pour 2006-2015 et le Plan stratégique à moyen terme pour 2008-2013 de l'OMS ainsi que sur l'Agenda de la santé pour les Amériques 2008-2017 approuvé par les ministres de la santé de la Région lors de la 37^e session régulière de l'Assemblée générale de l'Organisation des États américains (OEA) en juin 2007.

39. Le Plan stratégique comprenait 16 objectifs stratégiques pour lesquels le Secrétariat et les États Membres partageaient la responsabilité et 88 résultats escomptés sur l'ensemble de la Région qui entraient dans la seule responsabilité du Secrétariat. Le nombre de résultats escomptés sur l'ensemble de la Région avait été réduit de 93 à 88 et le nombre d'indicateurs de 450 à 324, suivant les recommandations du Comité exécutif. Le Plan serait mis en œuvre sur trois exercices biennaux dès 2008. Les Organes directeurs recevront en 2010 le premier rapport de situation du Secrétariat ayant trait à la mise en œuvre du Plan.

40. Les États Membres ont noté avec satisfaction les améliorations portées au document depuis qu'il avait été envisagé par le Comité exécutif et félicite la démarche participative qui avait marquée la mise au point du Plan stratégique. D'après eux, le Plan servirait de guide tant au Secrétariat qu'aux États Membres sur les six années à venir et il éclairerait la budgétisation et gestion axées sur les résultats de l'OPS. L'alignement du Plan sur l'Agenda de la santé pour les Amériques 2008-2017 et sur le Onzième programme général de travail de l'OMS ainsi que sur le Plan stratégique à moyen terme est un aspect qui a été loué au même titre que sa spécificité régionale.

41. Les délégués ont convenu de la décision de garder 16 objectifs stratégiques plutôt que de combiner et de consolider certains objectifs, tel qu'il avait été fait dans le cas du Plan stratégique à moyen terme de l'OMS. Ils pensaient en effet que cela permettrait à l'Organisation de mieux cibler son travail sur les besoins spécifiques des États Membres de l'OPS. La composante sous-régionale du Plan de pair avec les fonds octroyés aux programmes sous-régionaux dans le cadre des budgets-Programmes biennaux faciliterait également une plus grande spécificité. Par ailleurs, l'OPS devait se donner une meilleure méthodologie pour vérifier une utilisation plus efficace et plus efficiente des fonds sous-régionaux. L'OPS devait certes continuer à se concentrer sur les cinq pays prioritaires mais il ne fallait pas pour autant négliger les pays à revenus moyens qui ne reçoivent pas d'aide des autres organisations. De tels pays avaient particulièrement besoin de ressources pour la formation technique et la recherche scientifique.

42. Les délégués ont noté avec satisfaction les efforts faits par le Secrétariat pour rendre le Plan plus concis et préciser davantage les cibles et les indicateurs bien que certains pensaient que des améliorations supplémentaires s'avéraient nécessaires pour s'assurer que les indicateurs mesureraient effectivement si les résultats escomptés avaient bel et bien été atteints. Un délégué était d'avis que les indicateurs devaient mieux refléter

les différences sous-régionales afin de relever les défis spécifiques des pays dans les différentes sous-régions. Le Secrétariat devait traiter le Plan comme un « document vivant » et ajuster les cibles et les indicateurs pour répondre aux circonstances changeantes. Plusieurs délégations ont indiqué qu'elles présenteraient des commentaires supplémentaires par écrit concernant des indicateurs spécifiques.

43. L'intégration du renforcement du système de santé, y compris le renforcement des systèmes d'information sanitaire dans les divers objectifs stratégiques a été jugée très intéressante et utile. On a également jugé positif le fait que le Plan reconnaît la nécessité de garantir une offre suffisante de ressources humaines en santé bien qualifiées. On a mis en avant l'importance de la coordination entre les systèmes de santé et les établissements d'enseignement du personnel de santé si on voulait atteindre les buts en santé publique. Pour arriver à une telle coordination, il fallait renforcer la capacité de leadership de l'autorité nationale en santé.

44. Le Délégué des États-Unis, rappelant que son Gouvernement s'était dissocié du consensus entourant la Stratégie mondiale de l'OMS sur la santé de la reproduction, a fait savoir que d'après l'entendement de sa délégation, services de santé reproductive ne comprenait pas l'avortement et que rien dans le Plan stratégique n'encourageait les États Membres de l'OPS à rendre davantage disponibles les services d'avortement légal. Se rapportant à l'indicateur 15.3.1, il a souligné que toute information donnée par l'OPS sur d'éventuelles complications d'accords commerciaux sous l'angle de la santé publique doit être objective, non biaisée et reposer sur des données probantes, représentant de manière juste les différents points de vue des Membres sur les questions commerciales.

45. Une représentante de la Commission internationale sur la santé professionnelle a exprimé le soutien de son organisation pour le Plan stratégique et a encouragé l'OPS à insister sur l'expansion des services de santé du travail, soulignant la grande importance que détiennent la santé et la sécurité des agents de santé pour bon nombre des activités envisagées dans le cadre du Plan. Elle a également proposé que la Conférence envisage d'insérer les mots « professionnel. » et « environnemental » dans l'Objectif stratégique 8, pour que la dernière partie se lise « menaces professionnelles et environnementales pour la santé. »

46. Le Dr Gutiérrez a indiqué qu'il avait pris note de tous les commentaires et suggestions et qu'il veillerait à ce qu'ils soient portés à la version finale du Plan stratégique. Il a assuré à la Conférence que le Secrétariat voyait bien le Plan comme un document vivant et souple qui nul doute serait modifié à maintes reprises. Il a remercié tous les États Membres de leur soutien et de leurs contributions tout au long du processus d'élaboration du Plan.

47. La Directrice a observé que le Document qui se trouvait devant la Conférence et qui était le résultat d'une vaste consultation et recherche de consensus parmi les diverses parties concernées dans la Région montrait une fois de plus que les processus participatifs renforçaient et amélioraient la mise au point de plans collectifs. Une participation aussi vaste ralentissait forcément le processus et pourtant, cela aboutissait à un meilleur produit. La technologie moderne de l'information avait facilité le processus participatif et diminué son coût. Et pourtant, il n'était toujours pas facile de consolider et de réconcilier tous les divers points de vue, les priorités conflictuelles, les différentes interprétations des mots et phrases mais en fin de compte c'est l'engagement partagé de tous face à la santé qui avait main haute. A son avis, l'un des enseignements les plus importants retirés de la mise au point du Plan stratégique, c'est que l'investissement dans un bon plan signifiait que chacun se sentait partie prenante et cela aidait à obtenir l'engagement et les ressources nécessaires pour sa mise en œuvre réussie.

48. La Conférence a adopté la Résolution CSP27.R4, approuvant le Plan stratégique 2008-2012.

Projet de budget programme 2008-2009 (Document officiel 327)

49. L'Honorable H. John Maginley (Représentant du Comité exécutif) a récapitulé les commentaires du Comité exécutif concernant le projet de budget programme (voir CE140/FR, paragraphes 47-63), notant que le Comité avait recommandé que la Conférence sanitaire approuve la proposition avec l'augmentation de 3,9% dans les contributions des États Membres.

50. M. Román Sotela (Chef, Planification et Budget programme) a indiqué que le projet de budget présenté à la Conférence avait été finalisé au vu des commentaires du Comité exécutif. Il a noté que 2008-2009 était la seconde période biennale dans la période de trois exercices pour la mise en œuvre échelonnée de la Politique régionale du Budget programme approuvé en 2004, période pendant laquelle les crédits pour les pays et les niveaux sous-régionaux allaient augmenter alors que les crédits régionaux diminueraient. La proposition totale s'élevait à \$626 millions.¹ Sur ce montant, \$180 millions proviendraient des contributions des États Membres et \$17,5 millions viendraient des recettes diverses. Ce dernier chiffre a été augmenté par rapport aux \$14,5 millions en réponse aux recommandations du Comité exécutif. Aussi, la part de l'OPS dans le budget ordinaire s'élevait à \$197,5 millions, soit une augmentation de 5,2% par rapport à l'exercice biennal précédent. Avec la part de l'OMS de \$81,5 millions approuvés par l'Assemblée mondiale de la Santé en mai, le projet de budget ordinaire s'élevait à \$ 279 067 000. On a estimé les contributions volontaires à \$347 millions

¹ A moins qu'il n'en soit indiqué autrement, tous les chiffres monétaires dans ce rapport sont exprimés en dollars américains.

environ, d'où un projet de budget cumulé de \$626 067 000. Les contributions volontaires représenteraient légèrement plus de la moitié du total, les crédits ordinaires de l'OPS 32% et les crédits réguliers de l'OMS 13%. Presque 71% de l'accroissement budgétaire proposé serait appliqué au niveau des pays. Tel que demandé par le Comité exécutif, les 16 objectifs stratégiques avaient été rangés en fonction de deux exercices de classement prioritaire qui sont décrits dans le Plan stratégique 2008-2012 et les sept premiers d'entre eux représentaient les augmentations les plus importantes en pourcentage. Il a conclu en présentant certaines des mesures qu'avait pris le Secrétariat ces dernières années pour augmenter son efficacité et réaliser des économies, notamment en fusionnant des domaines programmatiques, en décentralisant les postes et en réduisant les rangs du personnel de 1222 en 1980-1981 à 778 à présent.

51. Dans la discussion qui s'en est suivie, les délégués ont remercié le Secrétariat pour tout son travail concernant le budget et pour avoir tenu compte des commentaires et des suggestions des États Membres lors des discussions précédentes de la proposition. Les délégués ont reconnu que le budget était le moyen permettant à l'Organisation d'atteindre les résultats escomptés tel qu'ils sont fixés dans le Plan stratégique 2008-2012 et ils pensaient que l'augmentation prévue de 3,9% dans les contributions des États Membres se justifiait pleinement. Le Secrétariat avait démontré son engagement à la discipline budgétaire, au classement prioritaire des programmes, à la recherche de l'efficacité et à la production de véritables résultats. Autant de raisons pour lesquelles tous les États Membres y compris ceux avec des politiques de croissance nominale zéro dans les budgets des organisations internationales se sont montrés en faveur de la proposition.

52. On a reconnu la difficulté à distribuer des ressources limitées parmi de nombreuses priorités et on a vivement recommandé à l'OPS de faire un effort pour octroyer un montant important aux maladies chroniques et non transmissibles, qui représentent une charge de plus en plus lourde pour les pays de la Région. Le Délégué de la Guyane s'exprimant au nom de tous les pays de la communauté des Caraïbes (CARICOM) a noté que les crédits budgétaires d'un grand nombre de pays des Caraïbes étaient réduits suite à la Politique régionale du budget-programme ce qui portait atteinte à leurs systèmes de santé. Il a encouragé l'Organisation à trouver une méthode de distribution du budget des pays lui reflétant la charge de morbidité dans chaque pays. La Déléguée de la Bolivie, s'exprimant au nom de la Communauté des Andes, a demandé si les pays dans les divers groupements sous-régionaux avaient les moyens pour redistribuer les ressources sous-régionales entre les objectifs stratégiques.

53. Les délégués ont exprimé un certain doute quant au niveau projeté de financement extrabudgétaire. On a remarqué que les contributions volontaires représenteraient plus de la moitié du financement total du budget et que si ces fonds n'étaient pas obtenus, non seulement il serait impossible de réaliser certains programmes mais en plus les résultats

escomptés ne seraient pas atteints et les gains possibles en santé publique risquaient de ne pas se matérialiser.

54. M. Sotela, tout en reconnaissant que l'estimation pour les contributions volontaires était ambitieuses a indiqué que le Secrétariat pensait que c'était réalisable. Environ \$310 millions avaient été reçus jusqu'à présent lors de l'exercice biennal actuel, surpassant nettement le chiffre budgétisé de \$265,5 millions et il restait encore trois moins dans cette période. Aussi, l'estimation de \$347 millions pour 2008-2009 semble-t-elle raisonnable, sachant également que l'OPS s'attend à recevoir une partie plus grande des contributions volontaires de l'OMS qu'en 2006-2007.

55. Répondant à la question concernant la redistribution des crédits sous-régionaux, il a noté que les plans de coopération sous-régionale étaient encore en train d'être finalisés et que par conséquent, il existait la marge de manœuvre pour peaufiner le contenu des budgets sous-régionaux. Concernant les crédits pour les maladies chroniques non transmissibles, le Secrétariat avait pris note des demandes des États Membres pour une augmentation en ce domaine et y avait répondu dans la mesure du possible, augmentant de plus de 50% les octrois pour l'Objectif stratégique numéro 3, en ce qui concerne 2006-2007. Du point de vue budgétaire, il n'était pas réaliste de projeter une augmentation plus grande d'un exercice biennal à un autre, sachant surtout que le domaine des maladies chroniques non transmissibles n'avait jamais attiré un niveau important de financement volontaire.

56. La Directrice avait souligné la synergie qui existait entre les 16 objectifs stratégiques, ce qui permettait d'ailleurs de traiter les maladies chroniques non transmissibles non seulement dans le cadre de l'Objectif stratégique 3 mais aussi sous les objectifs stratégiques 6,7 et 9. C'est bien ce qu'avaient demandé les États Membres : une approche polyvalente qui faisait le juste milieu entre le renforcement des systèmes de santé/infrastructure sanitaire et la prise en charge de problèmes de santé spécifiques notamment leurs facteurs risques et déterminants. Il était important de reconnaître que la priorité donnée aux programmes luttant contre telle ou telle maladie avait été un obstacle à la mise en place et au renforcement de solides systèmes de santé intégrés qui étaient capables de fournir une réponse complète à la situation en santé, conformément aux principes de la « nouvelle santé publique ». Aussi c'est avec plaisir qu'elle note la tendance toujours plus forte parmi les contributeurs des fonds volontaires à fournir un soutien programmatique à long terme plutôt qu'un financement à court terme réservé à des buts précis. L'OPS disposait actuellement de plans pluriannuels pour un tel soutien avec plusieurs importants contributeurs. Ce financement permettra à l'Organisation de combler les lacunes de financement dans le budget et renforcera donc sa capacité à mettre en œuvre le Plan stratégique et de réaliser les objectifs stratégiques en obtenant les résultats escomptés au niveau régional. Par ailleurs, aux niveaux national et sous-régional, les États Membres pouvaient choisir d'augmenter le montant consacré aux

maladies chroniques non transmissibles ou à d'autres domaines prioritaires retenus dans leurs stratégies de coopération nationale ou sous-régionale.

57. Elle a remercié les membres du Sous-Comité des programmes, du budget et de l'administration ainsi que le Comité exécutif pour leur travail concernant le budget et a exprimé sa reconnaissance aux États Membres qui ont soutenu la proposition lors de la Conférence. Elle était certaine qu'à la fin de l'exercice biennal, un grand pas en avant aura été fait au niveau de la mise en œuvre du Plan stratégique approuvé récemment par les États Membres.

58. La Conférence a adopté les Résolutions CSP27.R5 et CSP27.R6 approuvant le projet du budget-programme et l'augmentation de 3,9% dans les contributions des États Membres pour 2008.

Elimination de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale au sein des Amériques : Rapport de situation (Document CSP27/7)

59. Mme Elizabeth Yuan (Représentante du Comité exécutif) a récapitulé la discussion du Comité exécutif concernant ce thème lors de sa 140^e Session en juin 2007 (voir Document CE140/FR, paragraphes 64-70) et a ébauché le contenu de la résolution proposée, adoptée par le Comité, qui est annexée au Document CSP27/7.

60. La Conférence a pris connaissance de la communication du Dr Margarita Cedeño de Fernández, Première Dame de la République dominicaine et ambassadrice de bonne volonté de l'OPS pour l'élimination de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale dans les Amériques. Le texte du discours se trouve dans le Document CSP27/DIV/12 sur le site web de la conférence (<http://www.paho.org/english/gov/csp/csp27index-e.htm>). En présentant le Dr Cedeño de Fernández, le Président a noté qu'elle était membre d'un prestigieux cabinet juridique et avait également fait fonction de conseillère juridique auprès de l'ancien Président de la République dominicaine, occupant le rang de Sous-Secrétaire d'État. Depuis qu'elle était devenue la Première Dame en 2004, elle supervisait la mise en œuvre réussie de programmes sociaux pour les enfants, les adolescents, les femmes et les familles en général.

61. Les États Membres ont réitéré l'engagement de leur Gouvernement face à l'élimination de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale (CRS) et se sont montrés très en faveur de la transition des programmes de vaccination axés sur les enfants aux programmes de vaccination axés sur la famille. En effet, cette dernière stratégie protégerait des groupes d'âge plus avancés contre un certain nombre de maladies notamment la rubéole. Des délégués de plusieurs pays ont décrit des campagnes de vaccination de masse, organisées récemment ou qui le seront sous peu, ciblant des adolescents et des adultes en âge de procréer. De pair avec les vaccinations infantiles

routinières, de telles campagnes avaient permis d'étendre nettement la couverture et d'arriver à des taux élevés de vaccination contre la rubéole. Par ailleurs, des systèmes efficaces de surveillance s'avèrent nécessaires pour juger de la véritable réussite de l'initiative. Ces systèmes permettent de dépister et d'enquêter les cas soupçonnés de rubéole et de CRS. Tous les pays, quelle que soit leur couverture de vaccination, doivent rester sur leurs gardes. La vigilance est de rigueur tel que le montrent les récents cas importés de rubéole.

62. La Conférence a mis en exergue l'importance d'un engagement politique ferme dans les sphères les plus élevées, d'un financement suffisant et d'un approvisionnement fiable en vaccins. Tout aussi importante sont la communication sociale et les alliances stratégiques avec des organisations partenaires pour arriver à une élimination durable de la rubéole et du CRS. Les États Membres ont vivement soutenu la création de commissions nationales et d'un comité international d'experts pour vérifier l'interruption de la transmission endémique du virus de la rubéole et plusieurs délégués ont indiqué que leur pays était prêt à fournir des experts qui pourraient faire du Comité. On a loué les efforts faits par l'OPS pour assurer la disponibilité de vaccins par le biais du Fonds de roulement pour les achats de vaccins et on a prié l'Organisation de tenir les États Membres au courant des progrès faits pour éliminer la rubéole ainsi que de tout obstacle qui pourrait se mettre en travers de la réalisation de ce but, surtout les interruptions de disponibilité de vaccins.

63. Le Dr Cuauhtémoc Ruíz Matus (Chef du Service de l'immunisation, OPS) a félicité les États Membres des progrès réalisés jusqu'à présent pour réduire le nombre de cas de rubéole et de CRS et pour étendre à plus grande échelle la couverture. Il a noté que la participation de la société civile, des collectivités locales et des gouvernements nationaux et autres partenaires dans les campagnes de vaccination avait permis de renforcer les services de santé en général, d'atteindre une plus grande équité et d'encourager une culture de prévention et de promotion de la santé. Il a rappelé aux pays que les gains acquis dans le combat contre la rubéole ne devaient surtout pas être perdus même s'il leur fallait passer à l'action pour relever de nouveaux défis.

64. Une vidéo a été montrée sur les campagnes de vaccinations contre la rubéole dans les Amériques. Ensuite, la Directrice a présenté une plaque à la Première Dame de la République dominicaine en reconnaissance de son rôle et engagement face à l'élimination de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale.

65. La Conférence a adopté la Résolution CSP27.R2.

Grippe aviaire et grippe pandémie : Rapport de situation (Document CSP27/8)

66. Le Dr Nancy Pérez (Représentante du Comité exécutif) a récapitulé la discussion du Comité exécutif concernant ce thème lors de sa 140^e Session en juin 2007 (voir Document CE140/FR, paragraphes 71-76), notant que le Comité avait félicité l'OPS pour les efforts que l'Organisation avait déployés pour renforcer les préparatifs contre la grippe au niveau local et l'avait encouragée à continuer sur cette voie. Le Comité avait pris note du rapport de situation mais n'avait pas transmis une proposition de résolution au Comité.

67. Lors de la discussion qui s'en est suivie, les États Membres ont fait bon accueil au rapport et ont indiqué qu'ils étaient reconnaissants à l'OPS pour le soutien apporté au niveau de la formulation et de l'évaluation des plans nationaux de préparatifs à une pandémie de grippe. Plusieurs délégués ont fait une mise à jour des activités de leur pays entrant dans le cadre de ces plans. Ils ont souligné l'importance de renforcer les systèmes de surveillance des maladies et la capacité des laboratoires à sonner l'alerte précoce des flambées de cas. Un tel renforcement demande des améliorations au niveau de la formation et de l'infrastructure. Certains pays ont mis sur pied des équipes de réponse rapide, ont organisé des ateliers de formation et ont déployé des exercices de simulation pour éprouver l'état des préparatifs dans le cas d'une épidémie de grippe. On a jugé capitale la coopération entre les ministères de la santé et autres parties concernées, surtout les ministères de l'agriculture, pour réussir à prévenir et à combattre les épidémies. L'importance de la participation communautaire tant au niveau de la préparation que mise en action des plans de prévention de la grippe a été mise en avant au même titre que le besoin d'une meilleure communication du risque.

68. Certes, on a reconnu les efforts faits pour augmenter la disponibilité des médicaments antirétroviraux et pour mettre au point des vaccins efficaces et sans risques pour répondre à la variation saisonnière dans les souches virales mais certains États Membres se sont montrés préoccupés par les niveaux actuels de stock et ont fait savoir qu'ils seraient dans l'incapacité de répondre à la demande en cas de pandémie. Deux pays de la Région ont obtenu des subventions de l'OMS, financés par les États-Unis pour renforcer davantage leur capacité nationale de production de vaccins. La question des droits de propriété intellectuelle a également été soulevée par rapport à la mise au point des vaccins.

69. Le Délégué du Brésil a attiré l'attention sur la résolution WHA60.28, adoptée par l'Assemblée mondiale de la Santé en mai 2007, ayant trait au partage des spécimens viraux de la grippe et l'accès aux vaccins et autres avantages qui en découlent. Il a récapitulé la proposition faite par son pays lors d'une réunion intergouvernementale ultérieure sur les préparatifs à une pandémie de grippe (Singapour, 31 juillet-4 août 2007) visant à transférer l'information et le matériel biologique à l'OMS en cas de grippe

causée par H5N1 ou nouveau sous-type dans le but d'encourager un partage plus équitable des avantages. (Le rapport de la réunion de Singapour se trouve à l'adresse suivante : http://www.who.int/gb/pip/pdf_files/PIP_IGM_4-en.pdf.) Il a proposé que l'Organisation coordonne une réunion régionale pour discuter et peaufiner cette proposition et sa suggestion a été soutenue par les délégués de l'Argentine et du Chili.

70. Le Dr Jarbas Barbosa da Silva (Responsable, Surveillance sanitaire et Gestion des maladies, OPS) a remercié les États Membres d'avoir partagé l'information sur leurs efforts de préparation dans le cas d'une éventuelle flambée de cas de grippe aviaire et pandémie de grippe. A l'occasion de certaines discussions à l'échelle internationale, on a indiqué que la Région des Amériques courait un risque plus faible face à ces maladies que d'autres parties du monde mais le risque d'importation de nouvelles souches virales était toujours présent. L'Organisation était heureuse de soutenir les pays de la Région au niveau de l'évaluation de leurs plans nationaux. Une seconde série d'évaluations venait de se conclure et il recommandait vivement aux États Membres de continuer ce processus pour mettre à jours les faiblesses et les lacunes qui subsistaient. Il a fait ressortir les thèmes communs se dégageant des commentaires des délégués, surtout l'importance de la coopération intersectorielle et le besoin de renforcer la capacité nationale dans plusieurs domaines, notamment en ce qui concerne les laboratoires, la surveillance épidémiologique et la communication du risque. Le travail accompli dans ces domaines représentait une préparation importante en cas d'urgence sanitaire, pas seulement pour l'épidémie de grippe.

71. Répondant à une demande pour de plus amples informations sur la communication entre les pays et le Centre des opérations d'urgence (EOC) au Siège de l'OPS, il a expliqué que l'EOC était un point de contact entre l'Organisation et les centres nationaux responsables de la notification des maladies aux termes de la Réglementation sanitaire internationale et que cela avait effectivement aidé les autorités nationales à étudier les rapports officiels. En ce qui concerne les fournitures du médicament antirétroviral oseltamivir (Tamiflu®), il a annoncé que la Région recevrait bientôt 300 000 doses puisque l'OPS avait décidé de décentraliser son stock. Les doses seraient gardées dans l'entrepôt de l'OPS à Panama pour que le médicament puisse être transporté rapidement vers un pays qui en aurait besoin. Il est en faveur de la suggestion du Brésil concernant l'organisation d'une réunion régionale par l'OPS aux fins de discuter des politiques et réglementations afférentes à l'accès aux échantillons viraux et produits qui en découlent. Enfin, il remercie les organisations qui se sont alliées à l'OPS dans sa lutte contre la grippe aviaire et la pandémie de grippe, notamment l'Agence des États-Unis pour le Développement international et les Centers for Disease Control and Prevention, l'Agence canadienne pour le développement international et la Banque interaméricaine pour le Développement.

72. La Conférence a pris note du rapport.

Paludisme dans les Amériques : Rapport de situation (Document CSP27/9)

73. Ce point de l'ordre du jour a été présenté par le Dr Nancy Pérez (Représentante du Comité exécutif) qui a récapitulé le rapport du Comité exécutif concernant le paludisme que le Comité avait examiné lors de sa 140^e Session en juin 2007 (voir le Document CE140/FR, paragraphes 77-88).

74. Dans la discussion qui a suivi, plusieurs États Membres ont présenté des mises à jour sur la situation concernant le paludisme dans leur pays. La plupart notaient un pas en avant avec une réduction de cas depuis 2000. La stratégie intégrée de lutte contre cette maladie comporte plusieurs activités à l'origine de cette réussite : distribution de moustiquaires imprégnées aux insecticides, introduction de test de diagnostic rapide, traitement rapide des cas positifs, utilisation de la méthodologie du traitement sous observation directe, pulvérisation des foyers dans les régions d'endémicité et recrutement des volontaires communautaires formés en matière de surveillance et de lutte contre le vecteur. De nouvelles méthodes de lutte contre le vecteur (sans utilisation de DDT) se sont également avérées efficaces. Elles sont soutenues par le Programme régional d'action et démonstration d'autres options dans la lutte contre le vecteur du paludisme sans emploi de DDT au Mexique et en Amérique centrale (DDT-GEF).

75. Les États Membres se sont montrés reconnaissants du soutien financier et technique obtenu de l'Organisation et d'autres sources, notamment du Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme. On pouvait noter toutefois une certaine préoccupation car certaines craignaient que ces niveaux de financement seraient réduits à l'avenir. En effet, chaque fois que cela arrivait on rebroussait chemin et on perdait les gains acquis. Un financement régulier et durable était donc essentiel pour maintenir les progrès réalisés et atteindre les buts de réduction du paludisme adoptés pour la Région.

76. Plusieurs délégués ont parlé des défis que rencontraient leur pays suite à certains facteurs économiques, géographiques et environnementaux spéciaux. La lutte antipaludique dans les régions frontalières s'avère particulièrement difficile vu leur éloignement et la mobilité des personnes qui vivent ou passent dans ces régions, qu'il s'agisse de miniers, migrants ou groupes autochtones. Des paires de pays voisins (par exemple, l'Argentine et la Bolivie, la République dominicaine et Haïti) étaient engagés dans des activités conjointes pour lutter contre les importations de paludisme le long de leurs frontières partagées. Au Nicaragua, la destruction causée par l'Ouragan Felix le long de la Côte des Caraïbes avait été reconnue de suite comme une menace dans la lutte contre le paludisme. Le Ministère de la Santé avait répondu rapidement, déployant le personnel de lutte contre la maladie pour qu'il trouve et détruise les lieux de reproduction des moustiques, pulvérisent les foyers et renforcent les réseaux communautaires de surveillance et de diagnostic.

77. Si les pays des Caraïbes anglophones avaient éliminé le paludisme il y a 40 années de cela, ils faisaient pourtant face constamment à la menace de cas importés par les voyageurs provenant des pays d'endémicité. Aussi bien les Bahamas que la Jamaïque avaient connu des flambées de cas provenant d'importations ces deux dernières années mais ils avaient réussi à mettre fin à la transmission grâce à une surveillance rigoureuse, à un traitement rapide et à l'éducation du public, aidés en cela par les ressources et l'expertise d'autres pays de la Région. Les conditions climatiques et environnementales des Caraïbes favorisaient également la réapparition du moustique vecteur. La perte de précieux agents de santé publique suite à l'émigration relevaient d'un autre problème. Ces pays dépendent énormément du tourisme et une flambée de cas de paludisme pouvait donc s'avérer désastreuse comme ce fut le cas aux Bahamas puisque un avis international à la suite d'un seul cas avait déconseillé fortement aux éventuels visiteurs de se rendre dans ce pays. Le Secrétariat de l'OPS était prié de collaborer avec les responsables décrétant de tels avertissements pour les voyageurs afin que soient établies des directives justes qui protégeraient d'une part les voyageurs et d'autre part mitigeraient l'impact sur les économies des pays concernés. La République dominicaine craignant également l'effet du paludisme sur le tourisme avait mis en place une commission nationale de santé et de tourisme réunissant l'industrie hôtelière et le Gouvernement qui pouvaient ainsi élaborer et réaliser ensemble des activités de lutte contre le paludisme. Il semblerait que les conditions soient favorables à l'élimination du paludisme dans l'Île d'Hispaniola : une telle réussite augmenterait certainement la sécurité sanitaire dans tout le bassin des Caraïbes.

78. La Conférence soutenait pleinement la coopération technique entre les pays endémiques et non endémiques de la Région dans le but de mettre au point de nouveaux outils et de nouvelles stratégies pour combattre le paludisme et partager les expériences. Les délégués jugeaient que des efforts coordonnés au sein de la Région permettraient de rentabiliser les ressources investies et de maintenir les réussites en atteignant les buts régionaux. On a fait remarquer qu'il entraînait dans le meilleur intérêt de la Région de vérifier que chaque pays réussissait à atteindre ses buts nationaux de réduction du paludisme. La mise en œuvre des Réglementations sanitaires internationales revues a également été citée comme un moyen de renforcer la surveillance et d'améliorer la capacité nationale et régionale de répondre aux flambées de cas. La Conférence a fait l'éloge de l'évaluation de la situation et des recommandations bien claires que présente le Document CSP27/9 et a soutenu à l'unanimité le lancement de la Journée du Paludisme aux Amériques qui serait observée annuellement le 6 novembre.

79. Le Dr Keith Carter (Conseiller régional pour le paludisme, OPS) a remercié les États Membres de leurs commentaires. Il a attiré l'attention sur le fait que six pays de la Région étaient déjà arrivés à une réduction de 75% dans le nombre de cas de paludisme depuis 2000 : but fixé pour 2015 par le 46^e Conseil directeur de l'OPS en 2005 (Résolution CD46.14). Par ailleurs l'histoire était témoin : les gains les plus

spectaculaires contre le paludisme pouvaient être effacés si les mesures de surveillance et de contrôle se relâchaient. La réapparition du paludisme en Guyana dans les années 70 servait encore aujourd'hui d'avertissement. Il a félicité la Jamaïque et les Bahamas qui ont réussi à interrompre la transmission du paludisme après les flambées de cas en 2006 et a reconnu toute l'importance du soutien technique et matériel apporté à ces pays par le Brésil, Cuba et Guyana. Il a également reconnu les initiatives sous-régionales venant soutenir les projets de lutte contre le paludisme au Mexique et en Amérique centrale ainsi qu'en Amérique du Sud et le soutien apporté par le Fonds mondial pour la lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme aux Amériques. Prises ensemble, ces sources avaient apporté 60% du financement à la lutte menée dans la Région contre le paludisme entre 2000 et 2006.

80. Concernant le paludisme dans l'île d'Hispaniola, le Dr Carter a informé la Conférence que la République dominicaine et Haïti travaillaient ensemble pour éliminer la maladie depuis la signature d'un accord en 2001. Haïti avait obtenu un financement du Fonds mondial pour son programme de lutte antipaludique et il espérait que la proposition de la République dominicaine serait également financée. Une étude récente faite par l'Equipe spéciale internationale de l'éradication des maladies du Centre Carter avait souligné qu'il était possible d'éliminer le paludisme dans l'île et des organismes externes de financement y compris le Gouvernement du Canada s'étaient montrés intéressés à soutenir cette initiative. Il a fait appel à tous les pays de la Région leur demandant de s'entraider mutuellement pour éliminer le paludisme.

81. La Conférence a adopté la Résolution CSP27.R11 sur ce point de l'ordre du jour, approuvant notamment l'adoption de la journée du 6 novembre comme journée du paludisme dans les Amériques.

Cibles régionales en matière de ressources humaines en santé 2007-2015 (Document CSP27/10)

82. Hon. H. John Maginley (Représentant du Comité exécutif) a indiqué que le Comité exécutif s'était penché sur le sujet des ressources humaines lors de sa 140^e Session en juin 2007 et a récapitulé les commentaires et les recommandations du Comité concernant le plan d'action qui avait été proposé à ce moment là (voir Document CE140, paragraphes 89-101).

83. Dans la discussion qui s'en est suivie, les États Membres ont fait ressortir la position centrale qu'occupent les ressources humaines dans les résultats de santé. Au regard de la complexité croissante des systèmes de santé, des compétences spéciales s'avèrent nécessaires pour gérer les ressources humaines. Certains éléments revêtent une importance critique : meilleures projections, identification précoce des compétences

nécessaires et programmes de formation plus solides dotés de meilleures méthodes pédagogiques pour maintenir ces compétences.

84. On a souligné l'importance d'adapter et de faire concorder la formation des ressources humaines dans un pays aux besoins spécifiques de ce pays sur le plan santé. Certains pays qui avaient étudié la question avaient constaté qu'ils avaient besoin de plus de spécialistes dans telle discipline et de moins dans une autre. Les délégués ont relevé l'importance de la coordination entre les ministères de la santé et les établissements d'enseignement. Certes, dans la plupart des pays ces établissements d'enseignement sont autonomes et n'entrent pas dans le contrôle du ministère de la santé mais il n'en est pas moins dans leur responsabilité de fournir les types et les quantités de personnel médical dont avait besoin un pays. La formation du personnel médical devait être vue comme un investissement et non pas un coût.

85. Tout le monde a convenu que la migration du personnel de santé, généralement des pays moins prospères vers ceux plus prospères était un problème, bien qu'il existe de nombreuses raisons différentes à cet exode. D'après les délégués, la coopération était chose souhaitable entre les pays qui étaient exportateurs du personnel de soins de santé et ceux qui étaient importateurs ainsi qu'entre les pays qui avaient une importante infrastructure d'enseignement et ceux qui n'en avaient pas. On a fait remarquer que, dans de nombreux pays, en particulier les Caraïbes, les pénuries de ressources humaines causées par la migration du personnel de santé avaient des conséquences négatives non seulement sur les ressortissants du pays en question mais aussi sur les touristes étrangers. Le Délégué d'Antigua et Barbuda avait demandé aux États-Unis de bien vouloir rencontrer des représentants du Secrétariat du Commonwealth pour discuter de la question de la migration des agents de santé.

86. De nombreux délégués ont décrit ce qui était fait dans leur pays pour former les ressources humaines en santé ou pour recycler ceux déjà formés. Plusieurs délégués ont également décrit des initiatives prises par leur pays pour aider au niveau de la formation d'autres pays de la Région. On a souligné la nécessité d'apporter une formation en compétences interculturelles aux agents de soins de santé.

87. Les Délégués ont approuvé en général les buts régionaux se demandant pourtant si certains étaient faisables. Certains délégués ont fait savoir qu'ils étaient prêts à collaborer avec le Secrétariat pour peaufiner les buts en se concentrant davantage sur les objectifs et en formulant des définitions et des indicateurs bien clairs. On a indiqué que les buts seraient d'autant plus réussis si les pays les utilisaient effectivement comme base de la formulation de plans nationaux leur permettant de répondre aux besoins en ressources humaines.

88. Un représentant du Conseil international des infirmiers a fait une déclaration félicitant l'OPS pour avoir abordé la question des ressources humaines en santé et a promis toute son aide à l'Organisation pour que puissent être atteints les buts régionaux.

89. Le Dr Charles Godue (Chef, Développement des ressources humaines, OPS), répondant aux commentaires a indiqué qu'il était heureux d'observer l'accord général émergeant de plus en plus ces dernières années quant au caractère essentiel des ressources humaines tant pour les résultats en santé que la performance des systèmes de santé ainsi que la reconnaissance de la complexité des questions qu'il fallait traiter. On reconnaissait de plus en plus que les responsabilités des ministères de la santé allaient au-delà de la simple administration du personnel dans le secteur public portant sur des fonctions telles que la planification stratégique des ressources humaines et la formulation des politiques en ressources humaines, domaines qu'on avait laissé évoluer pendant trop longtemps au gré des forces du marché ou aux mains de groupes d'intérêts spéciaux. Les buts régionaux seront un outil utile pour guider le travail des ministères en ce domaine et pour organiser la coopération technique aussi bien entre l'OPS et les États Membre qu'entre les pays. Il a brièvement décrit certains des arrangements collaborateurs qui étaient déjà en place entre l'OPS et des pays comme le Brésil, le Canada et Cuba.

90. Abordant certains points spécifiques soulevés par des délégués, il a indiqué que l'Organisation était consciente du fait qu'elle n'avait pas par le passé collaboré autant qu'elle aurait dû avec les établissements formant le personnel de santé. Un document de politiques indiquant comment l'OPS pouvait aider les pays en ce domaine serait mis au point d'ici la fin de l'année. Le défi des dix années à venir serait de stabiliser le personnel existant et de l'aligner sur les besoins du pays. Pour aider les ministères de la santé au niveau de cette tâche, l'OPS avait mis au point un atelier sur les politiques en ressources humaines qui pourrait servir aux gouvernements de la Région.

91. La Directrice a attiré l'attention sur l'aspect coût de la formation des ressources humaines pour la santé. Certains jeunes qui souhaitaient étudier la médecine ou les soins infirmiers ne pouvaient malheureusement pas le faire à cause du coût élevé de telles études. De plus, de nombreux agents de santé surtout les infirmiers quittaient la profession en quête de salaires plus élevés et d'heures plus souples. Autant de questions qui devaient être étudiées davantage et elle était d'ailleurs convaincue que les observatoires des ressources humaines dans les divers pays éclaireraient d'un nouveau faisceau la question.

92. La Conférence a adopté la Résolution CSP27.R7, avalisant les buts régionaux des ressources humaines pour la santé 2007-2015.

Table ronde sur la sécurité sanitaire internationale (Documents CSP27/11 et Adds. I et II)

93. Le Dr Jarbas Barbosa da Silva (Responsable, Surveillance sanitaire et Gestion des maladies, OPS) a présenté le thème de la table ronde indiquant que malgré l'énorme pas en avant dans la lutte contre des maladies comme la poliomyélite et la rougeole, le risque d'épidémie était plus grand que jamais dans le monde d'aujourd'hui suite aux déplacements aériens en masse et à un commerce international intense. Le Règlement sanitaire international (RSI) revu et approuvé par l'Assemblée mondiale de la Santé en 2005 est une réponse aux défis actuels. L'OPS avait organisé une discussion en table ronde pour permettre aux pays de partager leurs expériences concernant les efforts en vue de renforcer la sécurité sanitaire conformément au nouveau RSI et de retenir les domaines où la coopération technique de l'Organisation était nécessaire.

94. M. Robert Clarke (Canada) a ensuite présenté le discours principal sur le cadre de communications stratégiques des risques, mis au point par le Canada aux fins d'utilisation lors des crises de santé publique. C'est la flambée de cas du syndrome respiratoire aigu grave au Canada en 2003 qui est l'origine du développement du processus de communication des risques. Les examens fédéraux et provinciaux après la flambée de cas avaient en effet relevé la nécessité d'une meilleure communication pour apaiser les préoccupations dans les groupes à risques, tels que les agents de santé et les familles des patients. La communication du risque suppose qu'on comprenne comment les gens perçoivent le risque pour eux-mêmes et les autres. Un enseignement important en avait été retiré : il fallait engager dans la planification sur la gestion des urgences de santé publique les professionnels qui comprenaient la perception du risque (par exemple, les spécialistes des sciences sociales et les psychologues) de pair avec les chercheurs et les experts techniques.

95. M. Clarke a noté que le RSI demandait un échange ponctuel d'information entre les parties concernées afin d'assurer la coordination optimale entre porte-parole et parties concernées pour prendre des décisions avisées liées à une prise en charge du risque éthique et responsable. La planification préalable était la clé de la réussite et les rôles et les responsabilités devaient être définies avant que ne survienne une urgence en santé publique. Le Canada avait mis au point un processus en sept étapes qui regroupaient les meilleures pratiques connues à ce jour sur la communication du risque et avait publié le processus dans un manuel qui servait d'ailleurs à former le personnel de l'Agence de santé publique. L'approche de communication stratégique du risque différait de l'approche traditionnelle « décider, annoncer et défendre » puisqu'elle mettait en avant l'échange d'information avec les parties concernées, que le risque soit réel ou non. Le processus reposait sur l'identification des parties concernées, l'évaluation de leurs perceptions et la mise en œuvre rapide du plan de communication. M. Clarke a décrit l'application des principes de communication des risques lors de l'incident récent d'un

patient souffrant de tuberculose résistantes aux médicaments et qui était passé par le Canada à son retour aux États-Unis venant d'Europe. L'évaluation avait été positive des résultats de la communication de ce cas. Le Canada avait organisé des ateliers sur la communication du risque avec des partenaires internationaux et souhaitait vivement continuer à regrouper et à partager les meilleures pratiques.

96. L'Honorable Tony Clement (Canada) a également insisté sur la nécessité de formuler et d'éprouver les plans avant que ne se déclenche une épidémie de maladies infectieuses. Ce n'est pas en plein milieu d'une crise qu'on aurait le temps de formuler une stratégie de communication du risque et les autorités sanitaires perdraient de leur crédibilité si leurs messages n'arrivaient pas à suivre la cadence rapide des événements.

97. Les délégués ont participé à l'un des trois groupes de discussion. Le groupe 1 se concentrait sur la coopération sous-régionale dans le cadre de l'application du Règlement sanitaire international. Les Groupes 2 et 3 ont discuté des perspectives des divers pays sur le rôle des points focaux nationaux au niveau de la surveillance des événements et de la réponse dictée par le RSI. De plus amples détails sur les thèmes abordés par les groupes de discussion sont donnés dans le Document CSP27/11, Add. I, disponible sur le site web de la Conférence (<http://www.paho.org/english/gov/csp/csp27-11-a1-e.pdf>).

98. Le Dr Carissa Etienne (Directrice adjointe, OPS) a présenté le rapport final des groupes de discussion (Document CSP27/11, Annexe II) mettant en exergue les actions prises par les États Membres pour répondre aux conditions du RSI et réaliser une évaluation de la capacité nationale de surveillance et de réponse d'ici 2009. Elle a indiqué que les États Membres avaient apprécié la possibilité de travailler en table ronde pour obtenir des directives et en apprendre davantage sur les meilleures pratiques qui leur serviront par la suite dans leurs évaluations des capacités nationales. Les discussions avaient fait ressortir les nombreux défis liés au renforcement des capacités locales pour identifier et répondre aux urgences sanitaires, les divers niveaux de préparatifs des points focaux nationaux du RSI dans les différents pays, le besoin de monter une réponse intersectorielle nationale et l'importance de la collaboration sous-régionale. Le rapport complet est disponible sur le site web de la conférence à l'adresse suivante : <http://www.paho.org/english/gov/csp/csp27-11-a2-e.pdf>.

99. Commentant le rapport, un délégué a souligné le rôle de chef de file des services épidémiologiques au niveau de l'application des RSI et a mis en garde contre la création de nouvelles structures administratives qui prendront sur leurs ressources et affaibliraient leur rôle. Un autre délégué a indiqué qu'il fallait une capacité supplémentaire de laboratoire permettre un dépistage rapide et précis de l'agent étiologique lorsque la surveillance épidémiologique signalait la présence d'une menace. L'évaluation et le renforcement de la capacité fondamentale conformément aux conditions du RSI serait facilitée par le partage d'outils et de techniques des pays non seulement au sein des sous-

régions mais également au sein de la Région entière et avec les pays d'autres régions. La coordination de tous les secteurs dans les sphères politiques élevées était essentielle pour répondre aux urgences sanitaires.

100. Le Dr Margaret Chan (Directeur général, OMS) a remercié les États Membres de leur contribution à la formulation du Règlement sanitaire international (RSI) et de leurs commentaires, donnés dans le rapport de la table ronde et dans la discussion ultérieure. Elle convenait de l'importance de se concentrer sur la capacité nationale, sous-régionale et régionale de réponse aux urgences en santé publique bien qu'il faille également un système harmonieux au niveau mondial. Les bureaux régionaux de l'OMS soutiennent le renforcement des capacités au sein de leurs États Membres et l'OMS travaillait avec les bureaux régionaux pour s'assurer qu'ils soient capables d'agir de concert face à un événement mondial. Elle convenait également que les ministères devaient avoir le rôle de chef de file dans les mesures à prendre en cas d'urgence de santé mais elle a insisté sur le fait qu'il fallait également un mécanisme de coordination au dessus du niveau ministériel (par exemple, dans le cabinet du président ou du premier ministre) pour mobiliser les ressources sur lesquelles le secteur de la santé n'exerçait aucun contrôle. Un tel mécanisme devra être mis en place avant une crise, comme c'est le cas d'ailleurs pour la stratégie de communication du risque dont avait fait mention la présentation de M. Clarke.

101. La Conférence a adopté la Résolution CSP27.R13, intégrant les recommandations et les conclusions de la table ronde.

Hôpitaux sûrs : Une initiative régionale sur les installations sanitaires résistantes aux catastrophes (Document CSP27/12)

102. Le Dr Judy Cermeño (Représentante du Comité exécutif) a récapitulé les commentaires faits par le Comité exécutif sur une version précédente du document traitant de ce point de l'ordre du jour, lors de sa 140^e session en juin 2007 (voir Document CE140/FR, paragraphes 108-113) notant que le Comité avait recommandé que soit modifiée une version précédente du document concernant ce point de l'ordre du jour lors de sa 140^e Session en juin 2007 (voir Document CE140/FR, paragraphes 108-113), notant que le Comité avait recommandé que le titre du document (« Initiative régionale sur les hôpitaux sûrs ») soit changé pour mettre l'accent sur les préparatifs en cas de catastrophe.

103. Dans la discussion qui s'en est suivie, les États Membres ont vivement soutenu aussi l'Initiative régionale que la Campagne mondiale pour les hôpitaux sûrs, notant que les hôpitaux jouaient un rôle essentiel tant pour fournir les soins d'urgence que pour réduire au possible la mortalité et la morbidité suivant une catastrophe et qu'il était donc d'importance capitale de vérifier qu'ils seraient en mesure de résister à l'impact d'une catastrophe et de rester fonctionnels par la suite. En effet, un hôpital incapable de

continuer à fonctionner correctement pouvait saper la confiance du public dans l'entier système de santé. Plusieurs délégués ont insisté sur le fait qu'il fallait également vérifier que des établissements de santé autres que les hôpitaux pouvaient résister aux catastrophes car souvent ces structures sont les seules sources de soins dans les régions reculées.

104. On a remarqué que seule une petite proportion d'hôpitaux cessait de fonctionner à cause de dégâts structurels. C'est la paralysie fonctionnelle qui était la principale cause d'hôpitaux incapables de fournir les services requis suite à une catastrophe. Aussi, fallait-il planifier à l'avance pour assurer la continuité de services comme l'eau, l'électricité, lavage du linge et autres services essentiels. Il fallait se constituer des réserves d'aliments, de médicaments et autres fournitures. Des mesures devaient également être prises pour vérifier que le personnel de santé puisse continuer à travailler. La participation intersectorielle avec de nombreuses parties concernées était indispensable pour garantir la sécurité et le fonctionnement des hôpitaux et autres structures sanitaires, car nombreuses sont les compétences et les ressources qui résident à l'extérieur du secteur de la santé.

105. On a également souligné l'importance d'adopter et d'appliquer des lois, politiques et codes et normes de construction de sorte à réduire le risque. En effet, de nombreuses formations sanitaires avaient été construites sans tenir compte des catastrophes naturelles. Dans la sous-région des Caraïbes, les deux tiers de ces formations sanitaires se situaient dans des régions vulnérables aux catastrophes. Les délégués pensaient donc que toutes les nouvelles formations devaient être construites de sorte à résister aux catastrophes. Par ailleurs, ils ont également insisté sur le fait qu'il fallait prendre les mesures nécessaires pour évaluer et renforcer les structures existantes, sachant que les changements de climat semblaient chose de plus en plus fréquentes et que les catastrophes se faisaient chaque fois plus graves. La majeure partie de l'infrastructure sanitaire en place actuellement n'avait pas été construite pour résister à des inondations ou ouragans d'une telle force. Il faut également institutionnaliser les programmes d'entretien car dans le cas contraire, les systèmes et les structures s'abîmeraient avec le temps, devenant de plus en plus vulnérables aux catastrophes. Un hôpital ne devrait pas être agréé s'il ne dispose pas de normes de réduction de risque.

106. La Conférence a affirmé la valeur du partage d'expériences et des meilleures pratiques afin que les pays puissent apprendre les uns des autres. Les délégués ont décrit la dévastation causée par les catastrophes dans leurs hôpitaux et systèmes de santé et ont décrit certaines des mesures prises pour vérifier que ces systèmes restent fonctionnels dans le sillon de catastrophes à venir. Le Délégué des États-Unis d'Amérique a indiqué que son Gouvernement avait mis au point un ensemble de recommandations grâce à l'enseignement retiré de la réponse inadéquate face à l'Ouragan Katrina. Le Délégué du Chili a indiqué à la Conférence que l'Université du Chili était un Centre collaborateur de

l'OMS aidant à atténuer l'impact des catastrophes dans les formations sanitaires et a invité des collègues des États Membres à prêter leur expertise.

107. Le Dr Jean-Luc Poncelet (Responsable, Préparatifs aux urgences et Secours en cas de catastrophe, OPS) a remercié les délégués de leurs expressions de soutien pour l'initiative, rappelant que le concept des hôpitaux sûrs prenait son origine dans le secteur de la santé mais qu'il avait ensuite été adopté par la Stratégie globale de réduction des catastrophes. A son avis, c'était chose très positive que le concept ait dépassé les confins du secteur de la santé car, comme le savait bien la Conférence, la collaboration intersectorielle était essentielle pour arriver à des hôpitaux. On sait depuis quelques temps déjà comment on peut rendre les hôpitaux plus sûrs du point de vue technique mais c'est la volonté politique qui est absente. Le soutien des États Membres pour transmettre le message des hôpitaux qu'il fallait à tout prix rendre plus sûrs même dans des contextes aux ressources modiques était donc d'une importance vitale.

108. Il était pleinement d'accord avec la suggestion de faire une évaluation des structures sanitaires existantes et a signalé que l'Indice de la sécurité des hôpitaux mis au point récemment par l'OPS serait un instrument fort utile à cet égard. Il a également noté que certains des commentaires étaient évocateurs : même les pays les plus développés sentaient le besoin de renforcer leurs préparatifs en cas de catastrophe.

109. La Conférence a adopté la Résolution CSP27.R14.

Stratégie de renforcement des statistiques d'état civil et de la santé dans les pays des Amériques (Document CSP27/13)

110. Le Dr Nancy Pérez (Représentante du Comité exécutif) a présenté ce point de l'ordre du jour, indiquant que le Comité exécutif avait discuté et approuvé la stratégie proposée pour renforcer les statistiques d'état civil et de la santé, lors de sa 140^e Session en juin 2007 (voir Document CE140/FR, paragraphes 129-134 pour un récapitulatif de la présentation et de la discussion de ce point de l'ordre du jour).

111. La Conférence a soutenu la mise au point d'un plan d'action régional pour le renforcement des statistiques d'état civil et de la santé conformément à la stratégie décrite dans le Document CSP27/13. Pour les États Membres, il était également fondamental de coordonner les efforts de l'OPS avec ceux du Réseau OMS de métrique de la santé et ils étaient heureux de noter que l'OPS avait adopté les buts, objectifs et principes du Réseau. Les délégués ont noté que la formulation d'un plan régional viendrait soutenir la réalisation des buts et objectifs de leurs plans nationaux et plusieurs ont indiqué que leur gouvernement avait terminé la préparation des plans nationaux et ont décrit les activités réalisées pour améliorer les statistiques de santé. La Jamaïque et le Paraguay avaient mis sur pied une commission interinstitutionnelle de statistiques d'état civil pour déterminer

les problèmes et recommander des solutions visant à améliorer les statistiques d'état civil. Les Bahamas avaient mis au point et installé un système intégré d'information en santé publique et l'Uruguay avait conçu et appliqué un système pour gérer l'information du secteur social. Le soutien financier et technique pour ces activités nationales avait été accordé par la Banque interaméricaine de Développement, l'OPS/OMS par l'intermédiaire du Réseau des statistiques de santé et l'Agence des États-Unis pour le Développement international (Paraguay) ; Health Canada (Bahamas) et le Programme des Nations Unies pour le Développement (Uruguay).

112. Les délégués ont souligné l'importance de données ponctuelles, valides et fiables servant à étayer la formulation de politiques conçues pour améliorer la santé. Qui plus est, des statistiques vitales et données épidémiologiques exactes s'avéraient indispensables pour suivre l'impact des décisions en matière de politiques et les progrès faits pour atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement. Sachant la difficulté de collecter des données statistiques parmi les groupes marginalisés de la population, on a recommandé que la stratégie intègre des solutions adaptées aux différents contextes cultures ainsi qu'une approche à la gestion du risque. Elle devra également comporter une composante de feed-back qui permettra de faire des ajustements par la suite. Grâce à l'évaluation systématique et à l'application de l'enseignement retiré, on pensait que la stratégie proposée permettra aux pays de cibler leurs efforts avec plus de précision, faisant ainsi la meilleure utilisation possibles des maigres ressources. Par ailleurs un engagement politique continu était indispensable pour améliorer la performance générale des systèmes de statistiques d'état civil et de la santé. Le renforcement des systèmes d'information sanitaire était une étape importante du renforcement des systèmes de santé pris dans leur ensemble.

113. Plusieurs délégués ont mentionné le manque de personnel bien formé à tous les niveaux du processus de gestion de l'information sanitaire, de la collecte de données à l'analyse. On a indiqué que dans certains pays, les statisticiens de la santé n'avaient pas d'identité définie au sein du secteur ni de possibilités de formation professionnelle. Les États Membres ont fait appel à l'OPS pour que l'Organisation apporte le leadership nécessaire en ce domaine pour augmenter les possibilités de formation pour le personnel professionnel et technique qui travaille au niveau de l'information sanitaire.

114. La Conférence a recommandé que les pays renforcent et profitent de la collaboration entre bureaux de différents secteurs qui collectent l'information statistique. A également été retenue l'importance d'uniformiser les normes et les procédures ainsi que la coordination entre pays concernant les méthodes utilisées pour la collecte et la transformation de données. On a proposé de tenir des réunions avec des directeurs statistiques régionaux et des consultations entre les pays pour diffuser les meilleures pratiques. La coopération horizontale était vue comme un excellent moyen de diffuser les meilleures pratiques dans la Région et certains délégués ont proposé de partager

l'expérience de leurs pays en matière de gestion de l'information et formation des ressources humaines. On a également proposé d'adopter des méthodologies et technologies novatrices pour l'analyse de données. Par exemple, la mise en place de systèmes d'informations géographiques pour la santé (SIG) permettrait de faire des analyses intégrées de la situation sanitaire en fonction de divers facteurs-risques et de multiples bases de données. On a également reconnu que l'introduction de nouvelles technologies d'information s'accompagnerait du besoin de former le personnel à leur utilisation.

115. Le Dr Jarbas Barbosa da Silva (Responsable, Surveillance sanitaire et Gestion des maladies, OPS) a remercié les États Membres des efforts qu'ils ont faits récemment pour améliorer l'information sanitaire et son analyse. Il a rappelé la Conférence que l'initiative dont il était question provenait d'une évaluation détaillée des systèmes d'information sanitaire qui avait été faite dans pratiquement tous les pays de la Région et qui avait fait ressortir des faiblesses spécifiques dans les systèmes des statistiques d'état civil et de la santé. Il est inacceptable que dans certains pays la moitié de toutes les naissances et de tous les décès ne sont pas enregistrés. Il n'est pas non acceptable que les ministères de la santé ne disposent pas de l'information qui leur permet de suivre l'impact de leurs activités. Le plan d'action qui repose sur le cadre stratégique présenté dans le Document CSP27/13 cible les problèmes prioritaires et serait informé par une évaluation continue de la situation. Les interventions engageraient de multiples secteurs car les ministères de la santé n'étaient pas les seules entités gouvernementales collectant ou utilisant des statistiques vitales ou sanitaires. De même, l'OPS travaillerait avec d'autres organisations des Nations Unies et systèmes interaméricains pour apporter la coopération technique la plus efficace permettant d'améliorer les systèmes de statistiques et d'informations pour la santé. La coopération horizontale et les activités sous-régionales confrontant des problèmes communs étaient des volets importantes de la stratégie et il était gré aux pays de leur offre d'assistance.

116. En réponse à la question du Délégué des Bahamas, il a indiqué que sous peu on disposera des résultats d'un atelier tenu récemment pour mettre à jour l'évaluation des systèmes des statistiques d'état civil et de la santé. Grâce à la préparation d'un Plan d'action régional pendant la première moitié de 2008 et à l'engagement déjà démontré par les États Membres et un nombre croissant de partenaires, il était convaincu que dans la prochaine édition de la *Santé dans les Amériques*, les estimations feraient la place à de véritables données qui refléteraient exactement l'état des systèmes de population et de santé.

117. La Conférence a adopté la Résolution CSP27.R12.

Visages, voix et lieux : Réponse des communautés aux Objectifs du Millénaire pour le développement (Document CSP27/14)

118. Le Dr Nancy Pérez (Représentante du Comité exécutif) a récapitulé les délibérations du Comité exécutif sur ce point du jour, lors de sa 140^e Session en juin 2007 (voir Document CE140/FR, paragraphes 135-148) notant que le Comité tout en reconnaissant les efforts de l'OPS pour aider les pays à atteindre les Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) se demandait pourtant si l'initiative Visages, Voix et Lieux offrait vraiment quelque chose de nouveau ou de différent de ce que faisait déjà l'OPS par exemple par le biais de l'initiative des Communautés et municipalités en bonne santé.

119. Dans la discussion qui a suivi, les États Membres ont félicité l'OPS pour l'initiative Visages, Voix et Lieux et ont convenu que l'approche communautaire était essentielle pour atteindre les Buts du Millénaire pour le développement, sur le plan de la santé, dans toute la Région. Le manque d'équité, la pauvreté et le manque d'accès aux services de santé étaient jugés les principaux obstacles se mettant en travers du chemin menant aux Objectifs du Millénaire pour le développement. On a souligné l'importance de cibler les efforts sur les groupes les plus pauvres et les plus vulnérables et dans les communautés où les indicateurs étaient nettement en dessous des cibles liées aux OMD. Une attention particulière devait être accordée aux populations autochtones bien que les efforts faits pour aider ces groupes à atteindre les Objectifs du Millénaire pour le développement devaient respecter leurs traditions. On a noté l'aide précieuse que les praticiens traditionnels, par les sages-femmes autochtones, pouvaient apporter à la réalisation des Objectifs.

120. Si on n'engageait pas les personnes dans les communautés locales et si on ne leur donnait pas les moyens d'agir, il serait impossible d'atteindre les OMD. Il fallait aussi déployer une action au niveau international pour résoudre les conflits internationaux et régionaux – la paix étant le préalable de la santé et d'un développement économique durable – et pour traiter de problèmes tels que les effets négatifs de la mondialisation venant aggraver la pauvreté et l'inégalité. Des mesures doivent être prises pour réduire la vulnérabilité aux catastrophes naturelles car un seul ouragan ou tremblement de terre pouvait effacer des gains en santé obtenus sur des années. De nombreux délégués ont indiqué qu'il fallait s'attaquer aux déterminants sociaux de la santé et ont mis en relief les soins de santé primaires et la promotion de la santé, qui permettaient effectivement de traiter des facteurs sociaux et environnementaux menant aux inégalités sur le plan santé et de progresser plus rapidement vers les Objectifs pour tous les habitants des Amériques.

121. On a également souligné la nécessité de renforcer les systèmes locaux d'information et on a mis en avant la valeur du partage d'expériences réussies, des meilleures pratiques et des leçons retenues au niveau local. Un certain nombre de

délégués ont décrit les programmes et les initiatives par le biais desquels leurs pays cherchaient à identifier les besoins de leurs communautés les plus vulnérables puis à y répondre. Prenons l'exemple du Honduras où le Réseau de la solidarité, programme multisectoriel supervisé par la Première Dame du pays, cherche à apporter des services de santé, d'éducation et autres services à 200 000 familles extrêmement pauvres dans quatre départements à haute priorité. De même, le Mexique avait adopté une politique visant à réduire l'inégalité sociale qui avait pour cible 100 municipalités avec les niveaux les plus faibles de développement dans le pays. Aux Bahamas, dans le cadre de l'approche de santé communautaire, les comités sanitaires locaux composés de dirigeants communautaires et de résidents aidaient à structurer les services de santé qui répondent effectivement aux besoins des gens. La Dominique, en collaboration avec Cuba, avait mis en place un programme de formation intense pour les infirmiers et réalisait également des programmes pour former les volontaires communautaires afin qu'ils puissent aider les personnes âgées et les indigents au niveau local. Le nouveau modèle de soins complets en santé familiale et communautaire de l'Equateur étendrait la couverture de soins de santé primaires à 7 200 000 personnes dans les 500 communautés les plus pauvres du pays.

122. Plusieurs délégués ont proposé d'inclure une information supplémentaire au document portant sur cet aspect. D'après eux, il serait bon de faire une description plus détaillée des mécanismes de mise en œuvre de l'initiative au niveau communautaire et des ressources techniques et matérielles disponibles pour les pays à cette fin.

123. Le Dr Sofía Leticia Morales (Conseillère Senior pour les Objectifs du Millénaire pour le Développement et les cibles de santé, OPS) répondant aux commentaires, a assuré la Conférence que les réserves exprimées par le Comité exécutif concernant l'initiative avaient été prises en compte. Le Secrétariat était en train de mettre au point un cadre méthodologique qui servirait de guide pour les actions prises au niveau communautaire. La méthodologie qui sera achevée d'ici la fin de l'année s'inspire des leçons retenues des expériences réussies telles que celles mentionnées par les délégués au cours de la discussion. Un guide sur les OMD était également mis au point dans le but de réaliser l'initiative Visages, Voix et Lieux par l'intermédiaire de réseaux de municipalités saines dans des pays comme l'Argentine et le Mexique où de tels réseaux étaient solides et actifs. D'ici la fin de 2007, le Secrétariat pensait également avoir une première cartographie des communautés vulnérables en fonction de l'indicateur des besoins fondamentaux non satisfaits.

124. La Directrice a observé que ceux qui interviennent en santé publique savaient que les statistiques pouvaient changer sans qu'il y ait un changement réel dans la vie des personnes habitant dans des communautés marginalisées, justement parce que la situation dans ces communautés n'était pas reflétée dans les chiffres cumulés. Tel était le but de l'initiative Visages, Voix et Lieux : rendre visibles ces communautés « invisibles », aider les communautés à prendre conscience par elles-mêmes des Objectifs du Millénaire pour

le développement et les engager activement dans la réalisation de ces Objectifs. Grâce à la technologie de l'information, on pouvait compiler les expériences réussies et les meilleures pratiques et les ajouter au panier de méthodologies et de stratégies que les communautés pouvaient utiliser pour que les Objectifs deviennent une réalité pour les personnes même qu'ils étaient supposés atteindre : les pauvres et les communautés exclues.

125. Le Dr Margaret Chan (Directeur-Général, OMS) a noté que plus de 10 millions de femmes et d'enfants continuaient à mourir chaque de complications de la grossesse et de l'accouchement alors que ces complications pouvaient facilement être prévenues. La plupart d'entre eux sont sans visages et sans voix et vivent dans des endroits inconnus du reste du monde. Aussi, était-elle heureuse de voir cette initiative de l'OPS qui donnait un visage à ceux sans visages et une voix à ceux sans voix qui nous montre une fois de plus que si on confie aux gens la responsabilité et le droit de pendre leurs propres décisions, ils ont un pouvoir véritablement remarquable de trouver les bonnes solutions à leurs problèmes dans leur contexte. L'initiative Visages, Voix et Lieux pouvait une arme puissante dans le combat contre la pauvreté et l'inégalité et elle recommandait vivement à la Région de l'utiliser pleinement pour accélérer les progrès vers les cibles sur le plan santé entrant dans les Objectifs du Millénaire pour le développement qui malheureusement semblent être partie celles qui ont le moins de chances d'être atteintes d'ici 2015.

126. La Conférence a pris note du rapport.

Prévention et contrôle de la dengue au sein des Amériques : Approche intégrée et enseignements tirés (Document CSP27/15)

127. Le Dr Nancy Pérez (Représentante du Comité exécutif) a récapitulé la discussion du Comité exécutif sur ce point de l'ordre du jour, lors de sa 140^e Session en juin 2007 indiquant que le Comité avait pleinement approuvé la stratégie intégrée de prise en charge de la maladie (voir Document CE140/FR, paragraphes 149-156 pour un récapitulatif des délibérations du Comité). Le Comité exécutif avait adopté la Résolution CE140.R17 qui contenait une résolution proposées aux fins d'examen par la 27^e Conférence sanitaire panaméricaine.

128. Lors de la discussion de ce point de l'ordre du jour par la Conférence, les États Membres ont vivement soutenu les recommandations proposées dans la résolution et ont remercié l'OPS pour son leadership et sa direction dans les efforts en vue de combattre la dengue. Plusieurs délégués ont fait le compte rendu des épidémies récentes de dengue dans leur pays et des activités entreprises dans le cadre de la stratégie de lutte intégrée pour la prévention et le contrôle de la dengue. L'application d'une approche de lutte intégrée a effectivement permis de réduire le nombre total de cas et le nombre de décès

malgré les conditions climatiques récentes qui avaient favorisé la prolifération du moustique vecteur.

129. Les Délégués étaient d'avis que la mobilisation communautaire pour éliminer les sites de reproduction du vecteur était l'un des outils les plus réussis de la stratégie de lutte intégrée. Plus pays avaient utilisé une approche appelée communication pour l'impact comportemental (COMBI) afin d'encourager l'adoption de comportements qui permettent de diminuer le nombre de lieux de reproduction du vecteur autour des maisons. La communication de messages sur le contrôle du vecteur dépend d'alliances entre les secteurs nationaux de la santé et de l'éducation, les collectivités locales, les partenaires du secteur privé tels que les médias et les membres communautaires eux-mêmes. Un tel engagement multisectoriel était essentiel dans les campagnes de contrôle de la dengue. Les délégués ont mentionné plusieurs autres activités clés dont la surveillance des maladies fébriles pour dépister rapidement les éventuels cas, la capacité améliorée de laboratoire pour le diagnostic de la dengue et l'identification des types sérologiques en circulation, la formation des agents de soins de santé portant sur la prise en charge adéquate des cas graves, la surveillance des vecteurs dans les aéroports et lieux de transports et une meilleure coordination entre les domaines techniques concernés (épidémiologie, entomologie, diagnostic de laboratoire et soins cliniques).

130. Les initiatives et la coopération sous-régionales entre les pays pris individuellement étaient un complément important de l'assistance régionale coordonnée par l'OPS. D'autres pays du MERCOSUR avaient apporté expertise et ressources au Paraguay lors des flambées de cas récentes et le Mexique collaborait avec des pays de l'Amérique central pour renforcer les capacités dans plusieurs domaines relevant de la prévention et du contrôle de la dengue.

131. La Conférence a affirmé que des ressources supplémentaires étaient nécessaires pour soutenir la formulation et la mise en œuvre des plans de lutte intégrée dans des pays qui n'avaient pas encore de tels plans. Les délégués ont insisté sur la nécessité de déployer des efforts de prévention toute l'année malgré la nature saisonnière de la maladie. Ils ont également reconnu la persistance répandue des conditions sociales qui facilitaient la transmission de la dengue et entravaient les activités de lutte : habitations précaires, croissance urbaine incontrôlée et insuffisance au niveau de l'approvisionnement en eau et de l'évacuation des déchets. Un délégué notant que l'analyse situationnelle dans le Document CSP27/15 contenait une liste de certains obstacles entravant les efforts de contrôle de la dengue s'est montré déçu que l'Organisation n'ait pas recommandé des solutions spécifiques pour surmonter ces problèmes.

132. Le Dr Jarbas Barbosa da Silva (Responsable, Surveillance sanitaire et Gestion des maladies, OPS) a indiqué que tous les facteurs augmentant le risque de propagation de la

dengue – sociaux, comportementaux, climatiques et économiques- avaient été exacerbés ces dernières années. Les changements dans le style de vie de ces 40 à 50 dernières années avaient aidé le moustique *Aedes aegypti* à se propager et à se multiplier dans tous les pays où le climat le permettait. Aussi les activités de surveillance devaient-elles inclure le suivi de la population de moustiques qui allait en s'accroissant bien avant que ne survienne une flambée de cas. De même, les activités de contrôle des moustiques ne pouvaient pas être confinées aux périodes d'épidémie mais devaient être continues. Le personnel chargé du contrôle des moustiques ne pouvait pas non plus inspecter chaque maison. On arrivera à contrôler le vecteur que si les gens changent d'habitude et de comportements et évitent de créer des habitats de reproduction dans des récipients plein d'eau qui se trouvent autour de leur maison.

133. Les flambées de cas de dengue étaient cycliques et pendant quelques années donc, probablement qu'aucun cas ne se présenterait et il était difficile de maintenir la mobilisation des ressources et de garder l'attention du public pendant ce temps de calme entre les épidémies. Il a réitéré qu'un programme réussi de contrôle de la dengue reposait sur l'engagement d'un grand nombre de secteurs du gouvernement, du secteur privé et de la société dans son ensemble. Les ministères de la santé avaient acquis une bonne expérience au niveau de l'application de la stratégie de lutte intégrée et avaient mis au point toute une panoplie d'interventions non seulement pour répondre aux flambées de cas mais aussi pour les prévenir dans les divers contextes sociaux et environnementaux. Il a fait appel aux États Membres leur demandant de continuer à collaborer et à partager leurs réussites.

134. La Conférence a adopté la Résolution CSP27.R15 sur ce point de l'ordre du jour.

Politique et stratégie régionale pour assurer la qualité de soins de santé, y compris la sécurité des patients (Document CSP27/16 et Corrig.)

135. Le D. Nancy Pérez (Représentante du Comité exécutif) a récapitulé les commentaires faits par le Comité exécutif, concernant ce point de l'ordre du jour, lors de sa 140^e Session en juin 2007 (voir Document CE140/FR, paragraphes 157-165), notant que le Comité avait recommandé que la Conférence approuve la proposition en vue de formuler, en consultation avec les États Membres, une stratégie régionale pour améliorer la qualité des soins et de créer un observatoire régional sur la qualité des soins de santé et la sécurité des patients.

136. Dans la discussion qui s'en est suivie, les États Membres ont exprimé un ferme soutien pour les axes stratégiques présentés dans le Document CSP27/16 et pour la création d'un observatoire régional. Le même soutien a été accordé à l'Alliance mondiale pour la sécurité des patients et aux Défis de la sécurité des patients. Plusieurs délégués ont indiqué que leur pays participait au premier défi : « Soins propres, soins sûrs » et le

Délégué du Mexique a indiqué que son pays cherchait à lancer le second défi, « Chirurgie sûre pour sauver des vies. »

137. On a insisté sur le fait que l'assurance de qualité et la sécurité des patients ne pouvaient relever de la responsabilité d'un seul département mais qu'il fallait engager le personnel entier d'une formation sanitaire, y compris le personnel non médical. Doivent également participer les fournisseurs externes des médicaments, de l'équipement et autres matériels utilisés pour la prestation des soins. Plusieurs délégués ont souligné l'importance de l'homologation des hôpitaux et des formations sanitaires, la réglementation et certification des produits et fournisseurs médicaux et l'autorisation d'exercer des praticiens de soins de santé pour assurer la sécurité des patients et renforcer la qualité des soins. Les délégués ont également indiqué que les efforts d'assurance de qualité doivent viser les systèmes de santé dans leur intégralité, pas simplement les établissements engagés dans les soins curatifs mais aussi ceux fournissant des services de prévention des maladies, promotion de la santé, réadaptation et autres services.

138. Les délégués pensaient que la complexité intrinsèque des mécanismes de soins de santé en faisait des systèmes à haut risque qui exigeaient de nombreuses protections à tous les niveaux pour parer à tout échec qui risquerait de mettre en danger les patients. On a mis en exergue le besoin de prêter une attention spéciale aux questions liées à la sécurité des patients, surtout le risque d'infections nosocomiales non dépistées. Il fallait également réexaminer l'organisation du travail dans les établissements de santé, surtout dans les hôpitaux, car de longues heures de travail et une multitude de tâches augmentaient les risques d'erreur médicale.

139. On a souligné que l'utilisation de la technologie moderne d'information sanitaire pouvait réduire les erreurs médicales, faire baisser les coûts des soins de santé et améliorer les résultats en santé et les délégués encouragent l'OPS à travailler avec les États Membres pour mettre au point de bons systèmes de notification et améliorer la collecte de données sur les problèmes de sécurité des patients. On a également noté que les progrès dans la technologie de l'information permettaient aux patients de connaître nettement mieux leur état de santé et leurs droits. Ils avaient de plus grandes attentes face à la qualité des soins et acceptaient de moins en moins le manque de communication entre le prestataire et le client.

140. On a mis en exergue l'importance des droits du patient et de la satisfaction du patient. Plusieurs délégués ont remarqué que même si les soins sont jugés de haute qualité sous l'angle technique, on ne saurait vraiment parler de soins de qualité si le patient n'était pas satisfait du traitement qu'il ou elle avait reçu. La relation prestataire-patient était une facette d'importance critique de l'assurance de qualité. Les patients devraient être traités avec respect sur un pied d'égalité avec le personnel médicale, notion

qu'il faut inculquer aux prestataires lors de leur formation. Les prestataires de soins de santé doivent également être respectueux des différences culturelles et de genre.

141. Si la valeur des normes internationales de la qualité, telles que les normes de l'Organisation internationale de standardisation (ISO) étaient reconnues, on a également insisté sur le fait que les programmes d'assurance de la qualité devaient être adaptés aux besoins et circonstances de chaque pays et au contexte de soins de santé. Les délégués ont décrit certaines des mesures prises par leur pays pour améliorer la sécurité des patients et la qualité des soins, notamment sur le plan des techniques de prévention des infections, formation du personnel portant sur les directives de l'OMS concernant l'hygiène des mains, les systèmes de suivi et notification des erreurs médicales et réactions non désirables et le renforcement des cadres juridiques et réglementaires, par exemple l'adoption des chartes sur les droits des patients et l'adoption de lois stipulant que les patients soient informés des erreurs ou accidents dans leurs soins et des conséquences possibles pour leur santé.

142. le Dr Hernán Montenegro (Chef, Organisation des services de santé, OPS) récapitulant les grandes lignes de la discussion a indiqué que les pays de la Région avaient certainement fait un grand pas en avant pour assurer la sécurité des patients et la qualité des soins. L'observatoire proposé serait un moyen de partager et de renforcer ces expériences. Un certain nombre de délégués avaient mentionné la nécessité de former les ressources humaines en matière de qualité et de sécurité des patients notamment en ce qui concerne les cinq axes stratégiques envisagés dans le Document CSP27/16. Les conditions de travail du personnel de santé et l'impact que cela pouvait avoir sur la qualité des soins représentaient une autre question importante sur le plan des ressources humaines. La relation entre le prestataire et le patient était, comme dit, d'importance cruciale pour la qualité des soins. La Conférence l'avait noté à juste titre, l'assurance de qualité n'engageait pas seulement le personnel médical. Une culture de qualité devait être diffusée sur l'ensemble des soins de santé.

143. Remerciant le Mexique de son offre de lancer le second Défi de sécurité des patients, il a noté que la Directrice s'était entretenue récemment avec Sir Liam Donaldson, Président de l'Alliance mondiale pour la sécurité des patientes, quant à la possibilité de lancer dans les Amériques l'initiative Chirurgie sûre sauve des vies.

144. La Conférence a adopté la Résolution CSP27.R10, soutenant la création de l'observatoire régional et la mise en place d'une stratégie régionale sur l'amélioration de la sécurité des patients et la qualité des soins.

Questions administratives et financières

Normes comptables internationales pour le secteur public (Document CSP27/17)

145. L'Honorable H. John Maginley (Représentant du Comité exécutif) a récapitulé les délibérations du Comité concernant ce point de l'ordre du jour, lors de sa 140^e Session en juin 2007, notant que le Comité avait recommandé que la 27^e Conférence sanitaire panaméricaine avalise l'introduction des Normes comptables internationales du secteur public (NCISP) à l'OPS, devant être achevées d'ici 2010 (voir Document CE140/FR, paragraphes 166-174).

146. La Conférence a soutenu l'application des NCISP. En effet, de nouvelles méthodes permettraient d'une part une comptabilité plus exacte, reflétant plus justement les dépenses administratives et de programme de l'Organisation et d'autre part une meilleure comparabilité des résultats financiers entre les organismes du système des Nations Unies.

147. Mme Sharon Frahler (Responsable, Gestion et Comptes rendus financiers, OPS) a noté que les deux principaux avantages des NCISP étaient d'une part le caractère comparable des méthodes comptables sur l'ensemble du système des Nations Unies et d'autre part, un alignement clair des dépenses sur les activités permettant ainsi aux Organes directeurs de voir exactement ce qu'avaient coûté les activités du programme. L'introduction du nouveau système se ferait en collaboration et en étroite coordination avec d'autres organes des Nations Unies. Elle présenterait un rapport de situation sur la mise en œuvre des NCISP aux Organes directeurs en 2008.

148. La Conférence a adopté la Résolution CSP27.R18, avalisant l'introduction des NCISP à l'OPS.

Fonds directeur d'investissement (Document CSP27/18)

149. L'Honorable H. John Maginley (Représentant du Comité exécutif) a récapitulé les discussions du Comité exécutif concernant le Plan directeur d'investissement proposé, lors de sa 140^e Session en juin 2007 et a recommandé que la 27^e Conférence sanitaire panaméricaine approuve la création du Fonds (voir Document CE140/FR, paragraphes 175-184).

150. Dans la discussion qui s'en est suivie, les États Membres ont approuvé la proposition de créer un mécanisme de planification à long terme garantissant un financement adéquat pour l'entretien et la rénovation des biens immobiliers et de l'infrastructure de technologie de l'information de l'Organisation. Ils ont été satisfaits de noter les discussions détaillées sur ce thème qui s'étaient déroulées lors des réunions du

Comité exécutif et du Sous-Comité des Programmes, du Budget et de l'Administration. Ils ont jugé adéquat le plafond proposé pour les deux sous-fonds (2 millions de dollars pour le fonds secondaire des biens immobiliers et de l'équipement et 6 millions de dollars pour le fonds secondaire de la technologie de l'information).

151. M. Edward Harkness (Responsable, Opérations des services généraux, OPS) a exprimé la reconnaissance par le Secrétariat pour le soutien obtenu des États Membres pour la création du Fonds directeur d'investissement qui permettra à l'Organisation de maintenir son infrastructure physique et de technologie d'information. Ainsi, l'Organisation sera en mesure d'apporter la coopération technique au cœur de sa mission.

152. La Directrice a souligné que les consultations organisées avec les États Membres pour la création du Fonds directeur d'investissement témoignaient bien du souci de transparence de la part de l'Organisation concernant l'utilisation de ses ressources. Certes, l'OPS avait besoin de ses propriétés et infrastructure pour mener à bien sa mission de coopération technique mais la technologie d'information était tout aussi importante puisqu'elle permettait de faire participer les États Membres aux activités de l'Organisation. Elle rendait également visible les activités de l'Organisation aux yeux du grand public et renforçait la capacité du Secrétariat de faire appliquer les principes de la gestion basée sur les résultats. Aussi, si le financement pour maintenir et rénover l'infrastructure semblait à première vue une affaire strictement administrative, c'était pourtant un facteur clé de la réalisation de la mission de l'OPS.

153. La Conférence a adopté la Résolution CSP.R19, avalisant la création du Fonds directeur d'investissement.

Rapport sur le recouvrement des contributions (Document CSP27/19 et Adds. I et II)

154. Mme Sharon Frahler (Responsable, Gestion et Comptes rendus financiers, OPS) a indiqué que le recouvrement des contributions de 2007 en date du 24 septembre 2007 s'élevait à \$53,3 millions. Le recouvrement combiné pour 2007 et les années précédentes s'élevait à un total de \$79 millions comparé à \$94 millions en 2006, \$64 millions en 2005 et \$74 millions en 2004. Le 1^{er} janvier 2007, les arriérés des contributions pour les années précédant 2007 s'élevaient à \$56,2 millions dont \$41,6 millions se rapportaient à 2006. Les arriérés de paiement reçus en date du 24 septembre 2007 s'élevaient à un total de \$44 millions, 77% du total des arriérés.

155. Depuis le 24 septembre, l'OPS avait reçu des paiements supplémentaires de \$7 795 des Îles Vierges britanniques, \$155 904 de la Jamaïque et \$14 152 317 des États-Unis d'Amérique. Dix sept États Membres s'étaient acquittés entièrement de leurs contributions de 2007 et dix avaient fait des paiements partiels, 12 n'avaient effectué

aucun paiement du tout. Elle a exprimé les remerciements du Secrétariat à tous les États Membres qui faisaient leur possible pour payer ponctuellement leurs contributions.

156. Le Dr Jorge Polanco (Belize) a indiqué que le Groupe de travail se penchant sur l'application de l'Article 6.B de la Constitution de l'OPS avait revu le statut des recouvrements des contributions et a constaté que deux États Membres avaient plus de deux années de retard dans le paiement de leurs contributions mais les deux étaient à jour avec leur plan de paiements échelonnés. Aussi, le Groupe de travail ne recommandait-il pas de suspendre les droits de vote de ces deux États Membres, conformément à l'Article 6.B de la Constitution de l'OPS.

157. Le Comité exécutif a adopté la Résolution CSP27.R3, remerciant les États Membres qui avaient déjà effectué leurs paiements de 2007 et priait vivement les États qui avaient des arriérés de s'acquitter rapidement de leurs obligations.

Rapport financier partiel du Directeur pour 2006 (Document officiel 326)

158. Mme Rhonda Sealey-Thomas (Représentant du Comité exécutif) a présenté ce point de l'ordre du jour, récapitulant la discussion qui avait entouré le Rapport financier partiel lors de la 140^e Session du Comité exécutif en juin (voir Document CE140/FR, paragraphes 195-203).

159. Dans la discussion qui s'en est suivie, les États Membres ont pris connaissance du rapport, félicitant la Directrice de sa bonne gestion financière de l'Organisation. Ils ont pris note du net accroissement dans les achats du fonds fiduciaire et des achats, notamment que de tels mouvements financiers demandaient plus que jamais de la transparence, de la supervision ainsi qu'un suivi et une évaluation de toutes les ressources confiées à l'Organisation. Ils ont également noté que tous les centres Panaméricains avaient amélioré leur performance financière à l'exception de l'Institut des Caraïbes pour l'alimentation et la nutrition (CFNI) qui avait un profond déficit cumulé.

160. Mme Sharon Frahler (Responsable, Gestion et Comptes rendus financiers, OPS) a donné des informations à jours sur la position financière de l'Organisation à neuf mois de la seconde année de l'exercice biennal. Les recettes totales de l'exercice étaient de \$966 millions et d'ici la fin de l'exercice biennal, il s'élèvera probablement à \$1 milliard (comparé à \$799 millions pour tout l'exercice 2004-2005). En effet, un niveau accru de recettes avait permis des niveaux accrus d'investissement, d'où plus d'intérêts. Par conséquent, le Secrétariat avait porté à la hausse la projection des revenus divers pour l'exercice biennal 2008-2009 : de \$14,5 millions à \$17,5 millions.

161. L'accroissement des recettes provenant du paiement accru des arriérés et des contributions, d'achats plus importants et de contributions plus grandes à divers fonds

fiduciaires. La gestion de tels niveaux de recettes avec un personnel permanent de plus en plus réduit pesait lourdement sur l'Organisation bien que le Secrétariat cherche à alléger la tâche en automatisant et en simplifiant un plus grand nombre de fonctions. Malgré ce surcroît de travail, le Secrétariat était pleinement engagé à maintenir les niveaux demandés de transparence et de supervision. L'OPS travaillait avec le CFNI dans le but d'améliorer sa situation financière.

162. La Directrice a souligné que toutes les ressources des contributions volontaires reçues par l'Organisation étaient utilisées pour des programmes et des projets entrant dans la mission qu'avaient confiée les Organes directeurs à l'Organisation. L'OPS n'acceptait pas des contributions pour des activités n'entrant pas dans cette mission. Le Secrétariat était en mesure de gérer le volume accru de fonds avec un personnel de taille réduite pour trois raisons. Premièrement, il avait revu son approche à la gestion financière, se concentrant sur les domaines à risques les plus élevés au sein de l'Organisation. La situation financière était constamment analysée pour évaluer les points où le risque était le plus élevé et où un suivi plus étroit s'avérait donc nécessaire. Deuxièmement, la gestion financière profitait au maximum de l'investissement fait dans la technologie d'information. La troisième raison se situait au niveau de la responsabilité au point de décaissement avec examen constant de tous les déboursements faits dans les divers départements de l'Organisation.

163. La Conférence a pris note du Rapport financier partiel.

Rapport sur les activités de l'Unité des Services de contrôle interne (Document CSP27/20)

164. L'Honorable H. John Maginley (Représentant du Comité exécutif) a récapitulé les discussions du Comité exécutif concernant ce point de l'ordre du jour lors de sa 140^e Session en juin 2007 (voir Document CE140/FR, paragraphes 204-209).

165. La Conférence s'est montrée déçue qu'aucune action n'avait été prise par rapport aux questions mentionnées dans le rapport qui avait été présenté au Comité exécutif en juin et que les vacances dans l'Unité des services de contrôle interne n'avaient toujours pas été pourvues. L'Organisation devait avancer rapidement pour que le contrôle interne soit entièrement fonctionnel puisque c'était une partie critique de la gouvernance interne. Le Secrétariat devait pourvoir immédiatement aux postes vacants. On a également demandé que les futurs rapports de l'Unité des Services de contrôle interne contiennent une annexe précisant chaque recommandation qui avait été faite pour la période de compte rendu en indiquant son statut actuel.

166. M. Michael Boorstein (Directeur de l'Administration, OPS) a assuré la Conférence que les questions étaient en train d'être réglées et que l'un des postes vacants

était déjà pourvu. Le Secrétariat cherchait un candidat avec les capacités linguistiques requises pour assumer le poste d'Auditeur en chef. Tel que demandé par le Comité exécutif, le rapport qui serait présenté au Sous-Comité des Programmes, du Budget et de l'Administration en mars 2008 comporterait une annexe indiquant le statut des recommandations faites par l'Unité des Services de contrôle interne.

167. La Directrice a trace l'histoire de la fonction de contrôle à l'OPS, notant qu'elle-même était fort déçue de n'avoir pas pu créer jusqu'à présent une unité de contrôle avec la force et la qualité qu'elle jugeait nécessaire. Toutefois, elle tenait à assurer la Conférence qu'un lent départ ne signifiait pas que les activités d'audit et de contrôle avaient cessé. Bien au contraire, les audits étaient effectués par des auteurs externes et les auditeurs internes de l'OPS et de l'OMS. De plus, l'OPS était dotée d'un processus de transfert formel qui était encore plus approfondi qu'un audit et qui était appliqué chaque fois que changeait le chef d'un bureau de pays d'un centre panaméricain. Dans le cadre de ce mécanisme, chaque aspect de tous les projets, programmes et budgets était revu au même titre que toutes les fonctions administratives et financières. Aussi, les États Membres pouvaient être rassurés : toutes les fonctions de contrôle interne étaient exécutées malgré la pénurie de personnel.

168. La Conférence a pris note du rapport sur les activités de l'Unité de contrôle interne.

Nomination de l'Auditeur Externe (Document CSP27/21)

169. Mme Rhonda Sealey-Thomas (Représentante du comité exécutif) a récapitulé les délibérations du Comité concernant ce point de l'ordre du jours, lors de sa 140^e Session en juin 2007 (voir Document CE140/FR, paragraphes 234-235).

170. Dans la discussion qui s'en est suivie, une déléguée tout en louant le travail fait par le passé par l'Office national des audits du Royaume Uni a proposé que l'Organisation envisage l'adoption d'un mandat de six ans non renouvelable pour les auditeurs externes. Un tel mandat était un juste milieu entre la continuité et la fréquence raisonnable de la rotation nécessaire pour maintenir l'indépendance.

171. La Directrice a indiqué que la décision de changer et d'adopter un appel d'offres pour la nomination de l'auditeur externe ne signifiait que l'OPS avait des critiques à émettre sur la qualité des services obtenus par l'Office national des Audits du Royaume Uni. Au contraire, depuis vingt ans, cet Office avait travaillé de manière très satisfaisante pour l'OPS et savait comment l'Organisation s'était agrandie et développée (un bon point en plus). De plus, la vaste expérience de l'Office en matière d'audit d'autres entités publiques s'était avérée fort utile pour montrer où l'OPS pouvait améliorer ses propres systèmes et procédures.

172. La Conférence a adopté la Résolution CSP27.R16 nommant l'Office national du Royaume Uni comme auditeur externe des comptes de l'OPS pour les périodes 2008-2009 et 2010-2011.

Traitement du Directeur du Bureau sanitaire panaméricain (Document CSP27/22)

173. Mme Rhonda Sealey-Thomas (Représentante du Comité exécutif) a indiqué que le Comité exécutif avait recommandé, dans sa Résolution CE140.R14, que la 27^e Conférence sanitaire panaméricaine fixe le salaire brut annuel de la Directrice à \$185 874, avec entrée en vigueur dès le 1^{er} janvier 2007.

174. La Conférence a adopté la Résolution CSP27.R17, fixant le salaire du Directeur du Bureau sanitaire panaméricain au niveau recommandé par le Comité exécutif.

Questions relatives aux Comités

Sélection d'un État Membre de la Région des Amériques habilité à désigner une personne au Conseil conjoint de coordination du Programme spécial de recherche et formation de l'UNICEF/PNUD/Banque mondiale/OMS concernant les maladies tropicales (Document CSP27/23)

175. La Conférence a choisi le Costa Rica pour nommer une personne qui siégerait auprès du Conseil conjoint de coordination du Programme spécial de recherche et formation de l'UNICEF/PNUD/Banque mondiale/OMS (TDR) à l'expiration du mandat de Cuba (Décision CSP27(D6)). L'élection s'est déroulée au scrutin secret. Un total de 38 votes a été émis, fixant donc à 20 la majorité requise pour l'élection. Aucun candidat n'ayant obtenu la majorité au premier tour, un second tour de scrutin a été organisé. Un total de 37 votes valides a été émis lors du second tour (un vote était invalide). Le scrutin était le suivant : Costa Rica : 13, Equateur : 15 et Pérou 10 lors du premier tour ; Costa Rica : 21 et Equateur : 16 lors du second tour. Le Dr Raúl Castellanos (Porto Rico) et Mme Natividad Nalda (Espagne) étaient les scrutateurs.

Prix

Prix d'administration de l'OPS 2007 (Document CSP27/24)

176. Le Dr Nancy Pérez (Représentante du Comité exécutif) a indiqué que le Comité du Prix d'administration de l'OPS 2007 avait décidé de conférer le prix 2007 au Dr Armando Mariano Reale, de l'Argentine pour sa contribution à la modernisation des

systèmes de sécurité sanitaire et sociale et que le Comité exécutif avait approuvé la décision du Comité de remise des prix (voir Document CE140/FR, paragraphes 20-23).

177. Le Président a noté que le travail du Dr Reale avait facilité l'intégration entre les secteurs public et privé, la construction de réseaux de prestataires aux différents niveaux de soins et l'adoption de nouveaux modèles de financement pour les secteurs de la sécurité publique et sociale. Tout au long de sa carrière, il avait occupé des postes de niveau élevé dans l'organisation et la gestion de services de sécurité sanitaire et sociales, proposant des solutions novatrices, contribuant à l'efficacité et à l'efficience de ces services et faisant de l'équité et de la solidarité des priorités importantes.

178. Il a également détenu de nombreuses positions universitaires, enseignant à un niveau spécialisé l'organisation et l'administration hospitalières, les systèmes de santé et la gestion de services, la sécurité sociale, l'économie sanitaire et l'administration des services de santé mentale. Il a également effectué des recherches, se concentrant sur les questions de l'administration et de la gestion. Ses publications traitent de questions relatives aux systèmes cliniques et sanitaires dont les coûts, les audits médicaux, le cadre administratif pour la pratique professionnelle, l'économie et le financement de la santé ainsi que la réforme du secteur de la santé.

179. Le Président et la Directrice ont présenté le prix au Dr Reale. Son discours d'acceptation peut être consulté à l'adresse suivante: <http://www.paho.org/english/gov/csp/csp27-div9-s.pdf>.

Prix Abraham Horwitz pour la direction en santé interaméricaine 2007 (Document CSP27/25)

180. Le Président a revu l'histoire du prix Abraham Horwitz pour la direction en santé interaméricaine et annoncé que le prix de 2007 serait décerné au Dr María Cristina Escobar Fritzsche, du Chili. Ensuite, elle a demandé au Dr Frederick Naftolin, membre du Conseil d'administration de la Fondation panaméricaine de la santé et de l'éducation (PAHEF) d'introduire le lauréat du prix.

181. Le Dr Naftolin a indiqué que la Fondation panaméricaine de santé et d'éducation avait encouragé et reconnu l'excellence par le biais de son programme de prix en santé publique. Le prix Abraham Horwitz a été créé pour honorer le Dr Horwitz qui avait été Directeur de l'OPS pendant quatre mandats de suite et Président de PAHEF pendant 25 ans. La Fondation avait le plaisir de présenter le prix au Dr María Cristina Escobar Fritzsche du Chili pour sa direction visionnaire dans le domaine des maladies chroniques sur l'ensemble des Amériques. Le Dr Escobar Fritzsche avait innové l'utilisation des données de surveillance pour renforcer les programmes de santé publique. Utilisation l'exemple de CINDI (Intervention intégrée de maladies non transmissibles) en Europe,

elle avait joué un rôle pivot dans l'organisation de l'initiative CARMEN au Chili et son expansion sur l'ensemble des Amériques, renforçant la prévention et le contrôle des maladies chroniques aux niveaux communautaire et national. Elle avait contribué de nombreuses innovations au suivi de la qualité des soins pour les affections chroniques au Chili, servant à de nombreuses améliorations sur l'ensemble de l'Amérique latine.

182. Pendant 18 ans, elle avait été le chef du Programme de santé adulte du Ministère de la Santé du Chili, époque pendant laquelle elle avait également co-fondé le réseau CARMEN. Depuis mai 2005, elle est à la tête du Département des maladies non transmissibles du Ministère. Elle est également conseillère du Président du Chili pour la formulation de politiques, de plans et de programmes pour les personnes âgées et membre de la Commission nationale pour les personnes âgées. Elle est l'auteur de nombreuses publications sur la prévention et le traitement des pathologies liées à l'âge, se concentrant essentiellement sur les problèmes apparaissant dans une population de plus en plus âgée. Elle est une source d'inspiration et de conseils pour de nombreux jeunes professionnels de la santé publique au Chili. Aujourd'hui le Dr Escobar Fritzsche vient se joindre à une liste distinguée de lauréats dont les carrières remarquables en médecine et en santé publique ont eu un profond impact sur la vie et la santé des personnes dans la Région des Amériques et le reste du monde.

183. Le Président et la Directrice ainsi que le Dr Naftolin ont présenté la récompense au Dr Escobar Fritzsche. Son discours d'acceptation peut être consulté à l'adresse suivante : <http://www.paho.org/english/gov/csp/csp27-div10-s.pdf>.

Prix Manuel Velasco-Suárez de Bioéthique 2007 (Document CSP27/26)

184. Le Président a rappelé que le Prix Manuel Velasco-Suárez en bioéthique, au titre des cinq prix présentés par la Fondation panaméricaine de la santé et de l'éducation venant récompenser l'excellence dans le Programme interaméricain de santé publique avait été créé en 2002 pour honorer le Dr Manuel Velasco-Suárez, médecin, chercheur, savant et fondateur de l'Institut national de neurologie et de neurochirurgie et de la Commission nationale de bioéthique. Elle a invité le Dr Frederick Naftolin à présenter le lauréat pour 2007, Dr Jorge Alberto Álvarez Díaz, du Mexique.

185. Le Dr Naftolin (Fondation panaméricaine de la santé et de l'éducation) a souhaité la bienvenue au Dr Jesús Velasco-Suárez Siles, fils du Dr Manuel Velasco-Suárez, à la cérémonie de remises des prix et a reconnu l'initiative du Secrétaire de la Santé du Mexique qui a créé le prix et a apporté le soutien financier qui l'accompagne. Le lauréat de 2007, le Dr Jorge Alberto Álvarez Díaz, a été choisi sur la base de son étude proposée « Opinions sur le don hypothétique d'embryons chez des patientes qui ont participé à des techniques de procréation aidées. » Il a l'intention de faire une enquête des opinions sur la préservation d'embryons humaines chez des couples de l'Amérique latine venant

consulter les services pour recevoir une assistance en matière de procréation. Chaque année, 11 pays communiquent leurs travaux portant sur la santé de la reproduction au Réseau d'Amérique latine pour la reproduction aidée par le biais de 135 centres dont 90 offrent une cryo-préservation des embryons. Et pourtant aucun des 90 centres n'avait de comité bioéthique. Utilisant l'enquête sur les opinions, le Dr Álvarez aiderait à formuler un plan pour créer des comités de bioéthique dans ces 11 pays. Sa recherche novatrice pourrait avoir un immense impact dans le domaine de la santé reproductive, la préservation des embryons humains et la bioéthique en Amérique latine.

186. Le Dr Álvarez avait été auparavant coordinateur médical et sexologue clinique à l'Institute of Assisted Reproduction, Genetics et High-Risk Pregnancy à l'Université autonome de la ville de Juárez au Mexique. Il participe actuellement au programme de sciences sanitaires et sociales et humanités médicales à l'Universidad Complutense de Madrid en Espagne.

187. Le Président et la Directrice ainsi que le Dr Naftolin ont présenté le prix au Dr Álvarez-Díaz. Son discours d'acceptation peut être consulté à l'adresse suivante : <http://www.paho.org/english/gov/csp/csp27-div11-s.pdf>.

Questions relatives à l'information

Rapport du Comité consultatif de la recherche en santé (Document CSP27/INF/1)

188. Le Dr John Lavis (Président du Comité consultatif de l'OPS pour la recherche en santé, ACHR) a mis à jour la Conférence sur les activités du Comité consultatif depuis son dernier rapport en 2006, faisant état notamment des conclusions de la 40^e Réunion du Comité consultatif de la recherche en santé, tenue à Montego Bay, Jamaïque en mai 2007. Il a noté que les ministères de la santé étaient de plus en plus conscients de l'importance des données probantes dégagées par la recherche en santé, comme l'avait d'ailleurs signalé le Séminaire ministériel sur la recherche en santé (Mexique 2004). Cette prise de conscience s'accompagne d'ailleurs de demandes accrues faites auprès l'OPS pour une coopération technique visant à renforcer l'utilisation des résultats probants de la recherche pour formuler la politique sanitaire.

189. Plusieurs recommandations clés s'étaient dégagées de la réunion. L'OPS recommandait vivement de continuer à préparer un avant-projet de politique sur la recherche qui serait présenté aux fins d'examen général aux États Membres et aux parties concernées nationales et internationales, début 2008, de promouvoir des initiatives régionales pour renforcer les systèmes nationaux de recherche en santé en soutenant les possibilités de collaboration (par exemple, dans le cadre de la prochaine réunion régionale en avril 2008), de créer un registre de recherche pour suivre et caractériser la

recherche faite par le personnel de OPS et ses bureaux de terrain ou avec l'aide de l'Organisation, de relancer le Programme de subvention pour la recherche de l'OPS dans le cadre de la politique de l'Organisation en matière de recherche et de continuer les efforts de mise en place du Réseau de politiques axées sur les preuves (EVIPNet) dans la Région en utilisant les engagements des ministères de la santé et en engageant les organisations et les initiatives régionales, sous-régionales et nationales visant à renforcer les systèmes de recherche en santé.

190. Dans la discussion qui s'en est suivie, les États Membres ont exprimé leur soutien pour les recommandations comprises dans le rapport du Comité. Ils ont souligné que les activités de l'OPS concernant la recherche en santé seraient guidées par les priorités en recherche des États Membres. Concernant le Programme des subventions pour la recherche, l'Organisation était priée de vérifier qu'en le créant à nouveau, on ne prendrait pas sur les ressources critiques consacrées à d'autres priorités stratégiques. On espérait que les subventions seraient mises à la disposition de domaines essentiels non traditionnels, par exemple la formation et l'éthique de la recherche sur des sujets humains. L'OPS devait renforcer son rôle et aider les pays à obtenir plus de financement pour la formation des ressources humaines en recherche pour la santé publique.

191. Plusieurs délégués ont décrit des initiatives dans leur pays s'inscrivant dans la même ligne que les recommandations du Comité. Les Instituts canadiens de l'information sanitaire avaient organisé récemment une consultation avec divers partenaires pour fixer les priorités de recherche nationales. Cuba a créé un registre public d'essais cliniques qui serait inclus au Registre international de l'OMS sur les essais cliniques. Le programme national de santé du Mexique (2007-2012) prévoit notamment de collecter des preuves scientifiques venant guider les politiques et les programmes de santé. Le Délégué de Cuba a également proposé trois domaines de recherche aux fins d'examen par l'OPS et la Conférence : mise au point de médicaments génériques pour élargir l'accès à de nouveaux médicaments, produits pharmaceutiques fabriqués avec des produits naturels et problèmes de santé environnementale.

192. Le Dr Luis Gabriel Cuervo (Secrétaire, ACHR), répondant aux commentaires du Programme des subventions de recherche a assuré la Conférence que les objectifs du Programme s'aligneraient sur la politique connexe qui est en train d'être mise au point pour l'Organisation. Si le Programme avait été suspendu depuis 2005, c'était justement parce que ses objectifs étaient en train d'être réévalués. Concernant la mise au point d'un registre de recherche de l'OPS, il a indiqué que l'analyse de l'information fondamentale sur la recherche qui est en train d'être effectuée pointerait vers des domaines qui sont négligés afin que l'Organisation puisse cibler à nouveau ses activités et répondre aux besoins prioritaires des pays. L'information rassemblée aiderait à déterminer les domaines qui ont le plus besoin de formation. Il a félicité Cuba pour la prochaine inclusion de son registre au Registre international de l'OMS pour les essais cliniques et il

espérait qu'un grand nombre d'autres pays de la Région mettraient également au point des registres, évitant ainsi de reproduire les mêmes travaux de recherche.

193. Le Dr Lavis a noté que dans les mois à venir, l'avant-projet de politique en matière de recherche serait finalisé en fonction des commentaires obtenus par les États Membres lors du processus de revue. Il a assuré la Conférence qu'une fois retenues les priorités de la recherche, le Programme de subventions donnerait la préférence à ceux qui sont liés le plus à ces priorités. De plus, en ce qui concerne les subventions, il a informé la Conférence que le Comité avait discuté de la possibilité d'examen méritoires des propositions de recherche tenant compte non seulement des bases scientifiques mais aussi de la pertinence de la recherche tel que déterminée par les parties concernées au sein du gouvernement et de la société civile.

194. La Directrice a affirmé qu'une politique bien définie et à jour guidant les priorités de recherche de l'Organisation était absolument indispensable au regard de la polyvalence de projets de recherche soutenus par l'OPS aux niveaux régional, sous-régional et national dans le cadre des programmes techniques, dans les centres et dans les bureaux de terrain. Un cadre de politiques de pair avec un système d'information apportait dégageait des données non seulement sur la recherche soutenue par l'OPS mais sur les travaux de recherche menés au sein des ministères de la santé de la Région. L'Organisation prêterait une attention particulière aux axes de recherche recommandés ou besoins avancés par les États Membres lors des discussions sur les politiques des programmes dans les réunions des Organes directeurs. L'OPS ne sera pas toujours en mesure d'explorer tous les domaines recommandés mais assurerait le suivi nécessaire pour vérifier que les besoins sont satisfaits et que les recommandations sont intégrées à la stratégie concernée.

195. La Conférence a pris note du rapport.

Résolutions et autres actions de la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé revêtant un intérêt pour le Comité régional (Document CSP27/INF/2)

196. Le Dr Hugo Prado (Responsable, Gouvernance, Politique et Partenariats) a présenté ce point de l'ordre du jour, notant que les résolutions et autres actions de la Soixantième Assemblée mondiale de la santé revêtant un intérêt pour le Comité régional avaient été amplement discutées par le Comité exécutif lors de sa 140^e Session en juin (voir Document CE140/FR, paragraphes 227-233). On avait d'ailleurs proposé à ce moment là d'élargir le rapport de l'OPS sur ce point de l'ordre du jour et d'inclure non seulement les résolutions de l'Assemblée mondiale de la Santé revêtant un intérêt particulier pour la Région mais aussi les résolutions et les décisions des autres organes, surtout l'Assemblée générale de l'Organisation des États américains, pertinents également pour l'OPS et ses États Membres. Le Secrétariat avait l'intention de présenter

un tel rapport aux Organes directeurs en 2008. La rédaction et la compilation d'un tel document seraient complexes mais le travail en valait la peine puisqu'il apporterait une information utile sur le caractère constant des missions sanitaires émanant des diverses entités et sur la coordination des activités dans les diverses sphères afin de porter les questions de santé les plus importantes à l'attention des plus hauts niveaux décisionnels.

197. La Conférence a pris note du rapport.

Autres questions

Rapport sur l'Agenda de la santé dans les Amériques, 2008-2017

198. Mr Cirilo Lawson (Panama) a récapitulé les grandes lignes de l'Agenda de Santé pour les Amériques, 2008-2017, lancé par les ministres de la santé de la Région lors de la 37^e session régulière de l'Assemblée générale de l'OEA qui s'est tenue à Panama en juin 2007. Il a souligné que l'Agenda de Santé était une expression concise d'une vision partagée de pays de l'Amérique pour relever les défis et suivre les tendances des 10 années à venir et pour réaliser des améliorations concrètes dans la santé des peuples de la Région. L'Agenda reflète divers objectifs et mandats reconnus à l'échelle internationale dans le domaine de la santé.

199. Le document commence par une déclaration d'intention qui souligne que l'Agenda de la santé représente l'engagement conjoint des gouvernements des Amériques et qu'il se veut un guide pour la préparation des futurs plans de santé nationaux. Il sert également de guide à la formulation de plans stratégiques des organisations souhaitant collaborer avec les pays des Amériques, notamment l'OPS. L'Agenda de santé énonce également les principes et les valeurs, fait une analyse de la situation et des tendances en santé et présente huit domaines d'actions : renforcement des autorités sanitaires nationales, réduction des inégalités en santé entre les pays et au sein de ces derniers, réduction du risque et de la charge de morbidité, renforcement du management et de la valorisation des agents de santé, exploitation des connaissances, de la science et de la technologie et renforcement de la sécurité sanitaire. Le texte intégral de l'Agenda de santé se trouve à l'adresse suivante : http://www.amro.who.int/English/DD/PIN/Health_Agenda.pdf.

200. La Directrice a rappelé que l'Agenda de la santé avait été mis au point suite à une recommandation de l'Unité d'inspection conjointe des Nations Unies qui avait remarqué que la planification par les organisations internationales devait s'inspirer d'une vision commune de leurs États Membres, formulée par le Secrétariat et par les organes directeurs de l'organisation. Les plans de santé de 10 ans pour les Amériques adoptés par les Ministres de la Santé des années 60 aux années 80 avaient servi de modèle pour

l'Agenda de la santé. Il représentait la « voix des Amériques » sur ce qu'il fallait faire dans le domaine de la santé dans les 10 années à venir, pas simplement par l'OPS et ses États Membres mais aussi par d'autres parties concernées et ses partenaires de coopération.

201. La Directrice a présente une plaque au Dr Camilo Alleyne (Ministre de la Santé du Panama, Président du Groupe de travail de l'Agenda de santé) en reconnaissance de son leadership lors de la formulation de l'Agenda de santé pour les Amériques. Une cérémonie de signature s'est tenue pendant la Conférence pour donner aux ministres de la santé qui ne l'avaient pas encore fait l'occasion de signer l'Agenda de la santé.

Rapport sur la Conférence internationale sur la santé pour le développement "Buenos Aires 30-15"

202. Le D. Ginés Gonzáles García (Argentine) a présenté un rapport sur la Conférence internationale sur la santé pour le Développement, qui s'est tenue en août 2007 à Buenos Aires. Plus de 1200 délégués de presque 60 pays sont venus assister à cette conférence. Ses sessions techniques se sont penchées sur les thèmes des soins de santé primaires et systèmes de santé dans le contexte mondial actuel, les ressources humaines en santé pour le nouveau millénaire et l'équité en santé et financement. Les conclusions et les recommandations des sessions ainsi que la déclaration émise par la session de haut niveau composée des ministres de la santé, intitulée « Vers une stratégie de santé pour l'équité, fondée sur les soins de santé primaires, » étaient disponibles à l'adresse suivante : <http://www.buenosaires30-15.gov.ar/documentos-ing.html>.

203. Les points saillants des délibérations de la Conférence étaient les suivants : La politique de santé doit être un effort de collaboration pour le pays entier mais le gouvernement doit assumer le rôle directeur au niveau de l'octroi des ressources, des services de réglementation et de la promotion des comportements sains. La participation communautaire est d'importance cruciale. Une action ferme de la part du Gouvernement est nécessaire pour fixer les priorités de la formation et arriver à combler les pénuries au niveau des ressources humaines pour la santé. La migration de ressources humaines qualifiées des pays pauvres vers les pays riches relève d'un problème particulier. La santé est un investissement et non pas une dépense et il est fondamental d'affecter les ressources disponibles au vu des priorités. Les besoins et les problèmes de santé, au niveau local, doivent être pris en compte en faisant particulièrement attention aux groupes vulnérables. Si les soins de santé primaires doivent être augmentés ou nécessitent peut-être de nouveaux cadres théoriques, ils n'en restent pas moins la stratégie la plus indiquée pour atteindre le but de la santé pour tous.

204. Le Dr Margaret Chan (Directeur-général, OMS) a noté que la conférence de Buenos Aires avait été la première d'une série de conférences sur les soins de santé

primaires qui seraient organisés par l'OMS en collaboration avec de nombreux pays du monde, et qui se terminerait tel qu'on l'espérait par une conférence qui se tiendrait à Alma-Ata. Le fer de lance du mouvement de la Santé pour tous qui avait vu le jour lors de la Conférence d'Alma-Ata il y a 30 années de cela étaient l'équité et la justice sociale, réincarnées aujourd'hui dans les Objectifs du Millénaire pour le Développement. Comme l'avait montré la conférence de Buenos Aires, les soins de santé primaires sont la voie à emprunter pour revitaliser les systèmes de santé et vérifier que les services de santé sont équitables et accessibles à tout le monde. Ce sont les Amériques qui avaient véritablement porté le flambeau des soins de santé primaires et elle se réjouissait de profiter des expériences de la Région et de déterminer comment le Secrétariat de l'OMS pouvait aider les États Membres dans leurs efforts visant à créer un monde plus équitable offrant une meilleure santé aux populations que servait l'Organisation.

Mise à jour du système global de gestion de l'OMS à l'OPS

205. M. Michael Boorstein (Directeur de l'Administration, OPS) a indiqué que l'OPS restait engagée à l'application du Système global de gestion de l'OMS (SGG) pour renforcer sa gestion axée sur les résultats et son efficacité, rehausser sa transparence et responsabilisation, faciliter la décentralisation, améliorer la ponctualité et l'exactitude de l'information et soutenir l'organisation des opérations en vue de diminuer les coûts. Par contre, ce système serait mis en œuvre dans les Amériques selon un calendrier légèrement différent de celui envisagé pour le reste des régions de l'OMS où la mise en œuvre doit être achevée en 2009. Cette déviation est imputable à la structure de gouvernance unique à l'OPS mais aussi à ses contraintes financières. À l'OPS, le Système serait mis en œuvre lors de phases consécutives entre 2009 et 2012, bien que d'importantes activités préliminaires aient déjà commencé en 2007. On a estimé que le coût de la mise en œuvre du SGG reviendrait entre \$16,5 millions et \$38 millions. Dans les mois à venir, le Secrétariat, en consultation avec une société privée, devra définir plus exactement l'estimation, en déterminant la somme spécifique nécessaire et en étudiant les divers moyens de réunir les fonds. Le Secrétariat ferait ensuite le point de la situation concernant le SGG en précisant le financement nécessaire et en présentant un plan d'exécution, lors de la session du Sous-Comité du programme, du budget et de l'administration de mars 2008.

206. Répondant à une question d'un délégué demandant si le SGG allait remplacer le système existant de l'OPS ou si l'Organisation aurait deux systèmes de gestion, il a expliqué que le SGG offrirait à l'OPS et aux autres bureaux régionaux de l'OMS une plate forme intégrée qui permettrait à leurs ressources humaines, financières, de planification et de budgétisation de « se parler » entre eux. Par ailleurs, avant que l'OPS n'adopte le SGG, une analyse des lacunes serait faite pour voir si les caractéristiques uniques du système actuel de l'OPS ne seraient pas perdues dans la transition.

207. La Directrice a indiqué qu'il était important de comprendre que l'OPS devait combler le fossé entre les deux organisations. L'OPS avait sa propre Constitution et ses propres règlements financiers et du personnel et les deux tiers de son budget étaient séparés de celui de l'OMS. Aussi fallait-il faire très attention à préserver son individualité et son autonomie. Ce qui importait le plus au Secrétariat en ce qui concerne la mise en place du Système global de gestion de l'OMS, c'était d'éviter d'interrompre les opérations quotidiennes de l'OMS, de préserver la qualité et l'intégrité de ses opérations, de maintenir la bonne connectivité actuelle avec tous les pays de la Région et d'apporter une formation adéquate au personnel de l'OPS qui serait chargé d'introduire et d'utiliser le nouveau système. Le Secrétariat devait également examiner les procédures existantes en voyant lesquelles pouvaient être mises à jour ou simplifiées et lesquelles devaient être éliminées. Il fallait également adapter d'autres innovations tel que le niveau de budgétisation sous-régional créé par la Politique régionale du Budget-Programme, niveau que n'avait pas l'OMS. Parallèlement, l'OPS devait rendre compte du tiers de son budget qui provenait de l'OMS et vérifier que les fonds de l'OMS étaient utilisés pour faire avancer les objectifs mondiaux. Aussi, la mise du SGG serait complexe et prendrait du temps mais elle pensait qu'elle s'avérerait avantageuse en fin de compte pour l'OPS et l'OMS.

Autres questions mentionnées par les États Membres

208. Le Délégué de Cuba a annoncé que son pays serait l'hôte du Dixième séminaire international sur les soins de santé primaires, qui se tiendrait du 23 au 27 novembre 2009.

Clôture de la session

209. Suivant l'échange habituel de courtoisie, le Président a déclaré close la 27^e Conférence sanitaire panaméricain.

Résolutions et décisions

210. Les résolutions et les décisions adoptées par la 27^e Conférence sanitaire panaméricaine sont données ci-après.

Résolutions

CSP27.R1 Amendements au règlement intérieur de la Conférence sanitaire panaméricaine

LA 27^e CONFÉRENCE SANITAIRE PANAMÉRICAINNE,

Ayant pris en considération la proposition de la Directrice de changer la nature des comptes rendus récapitulatifs de la Conférence sanitaire panaméricaine (document CSP27/3); et

Reconnaissant que cette modification se traduira par un produit et une épargne financière améliorés pour l'Organisation panaméricaine de la Santé,

DÉCIDE:

D'approuver les amendements suivants au Règlement intérieur de la Conférence sanitaire panaméricaine proposés par la Directrice dans le document CSP27/3.

PARTIE XII – COMPTES RENDUS ET RAPPORTS FINALS

~~**Article 61 : Les comptes rendus récapitulatifs provisoires de la réunion seront préparés lors de la session et distribués dès que possible.**~~

Article 621 : Le rapport final comprendra **un rapport sur les débats et sur** toutes les résolutions et décisions adoptées par la Conférence. Le Rapporteur, avec l'assistance du Secrétaire de droit, préparera le rapport final. **Un enregistrement audio des procès-verbaux sera conservé dans les archives de l'Organisation et à la demande, une copie sera mise à disposition d'un Membre ou d'un Membre associé. À la demande, une transcription de toute partie des débats sera mise à la disposition d'un Membre ou d'un Membre associé.**

Les articles 63-67 seront renumérotés 62-66.

Les mêmes modifications seront apportées au Règlement intérieur du Conseil directeur.

(Première réunion plénière, 1^{er} octobre 2007)

CSP27.R2 Élimination de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale au sein des Amériques

LA 27^e CONFÉRENCE SANITAIRE PANAMÉRICAINE,

Ayant étudié le rapport de situation présenté par la Directrice sur l'élimination de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale (SRC) au sein des Amériques (document CSP27/7);

Notant avec satisfaction les énormes progrès accomplis qui ont permis de porter un coup d'arrêt à la transmission endémique du virus de la rubéole, réduisant ainsi de 98% le nombre de cas de rubéole dans la Région, et que l'incidence de cette morbidité est au plus bas à ce jour au sein des Amériques ; et

Reconnaissant qu'il faudra consentir des efforts considérables à l'appui de l'objectif d'élimination d'ici 2010 et pour l'atteindre, ce qui exigera le maintien d'un engagement de la part des gouvernements et des organisations partenaires qui collaborent à l'initiative d'élimination et un renforcement des liens entre les secteurs public et privé,

DÉCIDE :

1. De féliciter tous les États Membres et leurs travailleurs de la santé pour les progrès accomplis jusqu'à maintenant pour éliminer la rubéole et le syndrome de rubéole congénitale (SRC) au sein de la Région des Amériques, preuve de leur engagement résolu à servir la santé des populations de l'hémisphère Ouest.
2. D'exprimer leurs remerciements et de solliciter le soutien continu des organisations diverses qui, de concert avec l'OPS, ont apporté un appui crucial aux programmes nationaux de vaccination et aux initiatives nationales destinées à éliminer la rubéole et le SRC, dont les Centres pour le contrôle et la prévention des maladies des États-Unis, l'Agence du Canada pour le développement international, l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination, la Banque interaméricaine de développement, la Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant Rouge, l'Agence du Japon pour la coopération internationale, la March of Dimes, l'Institut Sabin des vaccins, le Fonds des Nations unies pour l'Enfance, l'Agence des États-Unis pour le développement international et l'Église de Jésus-Christ des Saints des Derniers Jours.
3. D'exhorter tous les États Membres à :

- (a) parvenir à l'élimination de la rubéole et du SRC dans les Amériques en préparant la version finale des stratégies de vaccination, en intensifiant la surveillance intégrée de la rougeole et de la rubéole et en renforçant la surveillance du SRC;
 - (b) établir des commissions nationales afin de compiler et d'analyser les données permettant de documenter et de vérifier l'élimination de la rougeole, de la rubéole et du SRC, aux fins d'analyse par un comité d'experts.
4. De prier la Directrice de :
- (a) poursuivre les efforts visant à mobiliser les ressources supplémentaires nécessaires pour relever les défis décrits dans le rapport d'avancement;
 - (b) constituer un Comité d'experts chargé de documenter et de vérifier l'interruption de la transmission endémique des virus de la rougeole et de la rubéole.

(Deuxième réunion plénière, 1 octobre 2007)

CSP27.R3 *Rapport sur le recouvrement des contributions*

LA 27^e CONFÉRENCE SANITAIRE PANAMÉRICAINNE,

Ayant examiné le rapport de la Directrice sur le recouvrement des contributions (documents CSP27/19 et les Add. I et I) et notant la préoccupation de la 140^e réunion du Comité exécutif en ce qui concerne l'état de recouvrement des contributions, et

Notant que tous les États membres qui ont soumis un calendrier de paiements échelonnés sont en conformité avec leurs plans,

DÉCIDE :

1. De prendre acte du rapport de la Directrice concernant le recouvrement des contributions (documents CSP27/19 et les Add. I et I).
2. De remercier les États Membres qui ont déjà effectué des paiements en 2007 et de prier instamment tous les États Membres qui ont des arriérés de s'acquitter rapidement de leurs obligations financières face à l'Organisation.

3. De féliciter les États Membres qui ont versé intégralement leurs contributions en 2007.
4. De féliciter les États Membres qui ont déployé des efforts importants pour réduire leurs arriérés d'années précédentes.
5. De prendre note du fait que tous les États Membres avec un plan approuvé de paiement échelonné sont en conformité avec celui-ci et, par conséquent, maintiendront leur droit de vote.
6. De demander à la Directrice :
 - a) de continuer à veiller à l'application des accords spéciaux de paiements conclus par les États Membres ayant des arriérés en vue du paiement des contributions correspondant aux années antérieures;
 - b) de continuer à étudier des mécanismes permettant d'accroître le taux de recouvrement des contributions;
 - c) de tenir au courant le Comité exécutif quant au respect par les États Membres de leur engagement de versement des contributions;
 - d) de soumettre au 48^e Conseil directeur un rapport sur la situation afférente au recouvrement des contributions pour 2008 et les années précédentes.

(Troisième réunion plénière, 2 octobre 2007)

CSP27.R4 Plan stratégique du Bureau sanitaire panaméricain 2008-2012

LA 27^e CONFÉRENCE SANITAIRE PANAMÉRICAINNE,

Ayant étudié le Projet de Plan stratégique 2008-2012 proposé par la Directrice (*Document officiel 328*) ;

Notant que le Plan stratégique offre un cadre souple, échelonné dans le temps, qui balise le travail et assure la continuité dans la préparation des budgets programmatiques et des plans opérationnels sur trois périodes biennales et que le Plan stratégique s'inscrit dans le fil du Programme de santé pour les Amériques, du Onzième programme général de travail et du Plan stratégique à moyen terme de l'Organisation mondiale de la Santé ;

Accueillant favorablement le caractère transversal des objectifs stratégiques, sources de synergies et de collaboration meilleure entre programmes différents du fait des liens multiples qui unissent déterminants, résultats, politiques, systèmes et technologies de santé ;

Reconnaissant que le Plan stratégique représente la somme des résultats que le Bureau sanitaire panaméricain cherche à atteindre et que les comptes rendus futurs de performance sur l'application de ce Plan stratégique seront le canal principal par lequel s'effectue la responsabilisation programmatique vis-à-vis des États Membres ;

Se félicitant des avancées en matière de transparence et de planification axée sur les résultats que représente ce Plan stratégique ; et

Reconnaissant la nécessité pour le Bureau de canaliser ses efforts et ses ressources vers la concrétisation des priorités collectives de santé dans la Région pour veiller à ce que tous les peuples des Amériques jouissent d'un état de santé optimal,

DÉCIDE :

1. D'approuver le Projet de Plan stratégique 2008-2012 (*Document officiel 328*).
2. De prier les États Membres de définir le rôle qui est le leur ainsi que les mesures à prendre pour parvenir aux objectifs énoncés dans le Plan stratégique.
3. D'inviter les instances concernées des systèmes des Nations unies et des groupes interaméricains, des partenaires internationaux du développement, des institutions financières internationales, des organisations non gouvernementales, du secteur privé et d'autres entités à considérer de quelle manière elles seraient susceptibles d'appuyer la concrétisation des objectifs stratégiques énoncés dans le Plan.
4. De passer en revue tous les deux ans le Projet de Plan stratégique 2008–2012, en parallèle avec le projet de budget programme biennal dans le but d'y apporter des modifications (indicateurs et chiffres cibles compris), si besoin est.
5. De prier la Directrice de :
 - a) rendre compte de la mise en œuvre du Plan stratégique à l'aide d'un rapport biennal d'évaluation de performance ;
 - b) s'appuyer sur le Plan stratégique pour encadrer l'orientation de l'Organisation au cours de la période 2008–2012 de manière à promouvoir le Programme Santé

- dans les Amériques et le programme mondial d'action sanitaire, ainsi que le prévoit le Onzième Programme général de travail de l'OMS ;
- c) recommander au Conseil directeur, par le truchement du Comité exécutif, avec les projets de budget programme biennal 2010-2011 et 2012-2013, les révisions à apporter au Plan stratégique, le cas échéant.

(Troisième réunion plénière, 2 octobre 2007)

CSP27.R5Projet de budget programme de l'Organisation panaméricaine de la Santé 2008-2009

LA 27^e CONFÉRENCE SANITAIRE PANAMÉRICAINNE,

Ayant examiné le projet de budget programme de l'Organisation panaméricaine de la Santé pour la période financière 2008-2009 (*Document officiel 327*);

Ayant examiné le rapport du Comité exécutif (document CSP27/4);

Notant des augmentations de coût obligatoires considérables dans les postes à durée déterminée pour la période biennale 2008-2009, en dépit des réductions constantes et prudentes des postes à durée déterminée;

Notant les efforts de la Directrice pour proposer un budget programme qui tient compte à la fois des préoccupations économiques des États Membres et des mandats de santé publique de l'Organisation; et

Gardant à l'esprit l'article 14.C de la Constitution de l'Organisation panaméricaine de la Santé et l'article III, paragraphes 3.5 et 3.6, du Règlement financier de l'OPS,

DÉCIDE :

1. D'approuver le programme de travail pour le Bureau tel que décrit dans le projet de budget programme 2008-2009 (*Document officiel 327*).
2. De créditer pour la période financière 2008-2009 le montant de \$300.395.182, qui représente une augmentation des contributions des États Membres de l'OPS, des États

participants et des Membres associés de 3,9% par rapport à la période biennale 2006-2007, comme suit :

CHAPITRE	TITRE	MONTANT
1	Réduire le fardeau sanitaire, social et économique des maladies transmissibles	22.700.000
2	Lutter contre le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme	8.590.000
3	Prévenir et réduire la maladie, le handicap et les décès prématurés imputables à des conditions chroniques non transmissibles, aux troubles mentaux, à la violence et aux blessures	14.000.000
4	Réduire la morbidité et la mortalité et améliorer la santé durant les étapes clés de la vie, y compris la grossesse, l'accouchement, la période néonatale, l'enfance et l'adolescence, et améliorer la santé sexuelle et reproductive ainsi que promouvoir un vieillissement actif et sain pour toutes les personnes	12.490.000
5	Réduire les conséquences sanitaires des situations d'urgence, des catastrophes, des crises et des conflits, et minimiser leur impact social et économique	4.200.000
6	Promouvoir la santé et le développement, et prévenir ou réduire les facteurs de risque pour les conditions de santé associées à l'usage du tabac, de l'alcool, des drogues et autres substances psychoactives, aux régimes alimentaires malsains, à l'inactivité physique et aux relations sexuelles non protégées	6.000.000
7	Traiter les déterminants sociaux et économiques sous-jacents de la santé à l'aide de politiques et de programmes qui renforcent l'équité en santé et qui intègrent des approches pro-pauvres, réactives au genre et fondées sur les droits humains	7.000.000
8	Promouvoir un environnement plus sain, intensifier la prévention primaire et influencer les politiques publiques dans tous les secteurs de façon à atteindre les causes profondes des menaces environnementales pour la santé	13.000.000
9	Améliorer la nutrition, l'innocuité des aliments et la sécurité alimentaire tout au long du cours de la vie et à l'appui de la santé publique et du développement durable	10.000.000
10	Améliorer l'organisation, la gestion et la prestation des services de santé	14.000.000
11	Renforcer le leadership, la gouvernance et les systèmes de santé fondés sur les faits observés	18.400.000
12	Assurer l'amélioration de l'accès, de la qualité et de l'usage des produits et des technologies médicaux	6.400.000
13	Assurer un personnel de santé disponible, compétent, réactif et productif afin d'améliorer les résultats en santé	9.300.000

14	Étendre la protection sociale au moyen d'un financement équitable, adéquat et durable	5.200.000
15	Assurer le leadership, renforcer la gouvernance et encourager les partenariats et la collaboration avec les pays, le système des Nations Unies et d'autres parties prenantes afin de réaliser le mandat de l'OPS/OMS de faire progresser l'agenda mondial de la santé tel qu'établi dans le onzième Programme général de travail de l'OMS et dans l'Agenda de la santé pour les Amériques	51.210.000
16	Développer et maintenir l'OPS/OMS comme une organisation flexible et érudite, lui permettant de mener à bien son mandat plus efficacement et plus rentablement	76.577.000
	<u>Budget de travail effectif pour 2008-2009 (Chapitres 1-16)</u>	<u>279.067.000</u>
17	Évaluation du personnel (Virement au Fonds de péréquation des impôts)	21.328.182
	<u>Total – Tous les chapitres</u>	<u>300.395.182</u>

3. De faire en sorte que les crédits soient financés par :

(a) Les contributions:

Des Gouvernements Membres, des Gouvernements participants et des Membres associés dont la quote-part aura été calculée en fonction du barème adopté par l'Organisation des États Américains, conformément à l'article 60 du Code sanitaire panaméricain ou selon les résolutions adoptées par le Conseil directeur et les résolutions de la Conférence sanitaire panaméricaine201.394.182

(b) Les recettes diverses17.500.000

(c) Part de l'AMRO approuvée par la résolution WHA60.12.....81.501.000

TOTAL 300.395.182

4. De lors de la détermination des contributions des États Membres, des États participants et des Membres associés, le montant des quotes-parts sera réduit en outre de la somme inscrite à leur crédit dans le Fonds de péréquation des impôts, sauf que les

crédits de ceux qui prélèvent des impôts sur les traitements reçus du Bureau sanitaire panaméricain (BSP) par leurs nationaux et résidents seront réduits des montants remboursés par le BSP au titre de ces impôts.

5. De veiller à ce que, conformément au Règlement financier de l'OPS, les montants qui n'excèdent pas les crédits indiqués au paragraphe 1 soient utilisés pour le règlement d'obligations encourues pendant la période du 1^{er} janvier 2008 au 31 décembre 2009 inclusivement. Nonobstant les dispositions du présent paragraphe, les obligations encourues pendant l'exercice financier 2008-2009 seront limitées aux crédits disponibles dans le budget effectif de travail, i.e., les chapitres 1-16.

6. D'établir que la Directrice sera autorisée à effectuer des virements de crédits entre les chapitres du budget effectif de travail, étant entendu que de tels virements n'excéderont pas 10% du chapitre duquel le crédit est viré; les virements de crédits entre chapitres du budget qui dépassent 10% du chapitre duquel le crédit est viré, peuvent être effectués avec le consentement du Comité exécutif, tous les virements de crédits budgétaires feront l'objet d'un rapport adressé au Conseil directeur ou à la Conférence sanitaire panaméricaine.

7. D'établir qu'un montant à hauteur de 5% du budget alloué au niveau de pays soit réservé en tant « qu'allocation variable de pays » comme stipulé dans la politique de budget programme régional. Les dépenses au titre de l'allocation variable de pays seront autorisées par la Directrice conformément aux critères approuvés par le 39^e Sous-Comité de la Planification et de la Programmation présentés à la 136^e session du Comité exécutif dans le document CE136/INF/1. Les dépenses effectuées avec l'allocation variable de pays seront indiquées dans les chapitres de crédit 1-16 correspondants au moment de l'établissement des rapports.

8. D'estimer le montant des dépenses dans le budget programme pour la période 2008-2009 devant être financé par les contributions volontaires à \$347.000.000, comme indiqué dans le *Document officiel* 327.

(Quatrième réunion plénière, 2 octobre 2007)

CSP27.R6 Contributions des États Membres, des États Participants et des Membres Associés de l'Organisation panaméricaine de la santé pour l'exercice 2008-2009

LA 27^e CONFÉRENCE SANITAIRE PANAMÉRICAINNE,

Ayant examiné le projet de budget programme de l'Organisation panaméricaine de la Santé pour l'exercice 2008-2009 (*Document officiel 327*) soumis par la Directrice ;

Ayant approuvé le programme de travail et les crédits pour 2008-2009, en vertu de la Résolution CSP27.R5;

Considérant que les contributions des États Membres figurant dans le barème adopté par l'Organisation des États Américains (OEA) ont été calculées sur la base des pourcentages indiqués dans ce barème et ajustés aux membres de l'OPS, conformément à l'article 60 du Code sanitaire panaméricain ; et

Considérant que les ajustements ont été introduits en tenant compte des contributions de Cuba, des États participants et des Membres associés,

DÉCIDE:

D'établir le montant des contributions des États Membres, des États participants et des Membres associés de l'Organisation panaméricaine de la Santé pour l'exercice 2008-2009 en fonction du barème des contributions reproduit ci-dessous et pour les montants correspondants, lequel barème représente une hausse de 3.9% comparativement à l'exercice biennal 2006-2007.

Membres	Barème ajusté aux membres de l'OPS		Contribution brute		Péréquation Crédit au titre de		Ajustement au titre d'impôts des imposés par les États Membres aux salaires du personnel du BSPA		Contribution nette	
	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009
	%	%	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$
États Membres :										
Antigua-et-Barbuda	0,020	0,020	20.140	20.140	2.133	2.133			18.007	18.007
Argentine	4,898	4,898	4.932.144	4.932.144	522.328	522.328			4.409.816	4.409.816
Bahamas	0,070	0,070	70.488	70.488	7.465	7.465			63.023	63.023
Barbade	0,080	0,080	80.557	80.557	8.531	8.531			72.026	72.02
Belize	0,030	0,030	30.209	30.209	3.199	3.199			27.010	27.01
Bolivie	0,070	0,070	70.488	70.488	7.465	7.465			63.023	63.023
Brésil	8,546	8,546	8.605.573	8.605.573	911.353	911.353			7.694.220	7.694.220
Canada	12,355	12,355	12.441.126	12.441.126	1.317.549	1.317.549	25.000	25.000	11.148.577	11.148.577
Chili	0,540	0,540	543.764	543.764	57.586	57.586			486.178	486.178
Colombie	0,940	0,940	946.552	946.552	100.242	100.242			846.310	846.310
Costa Rica	0,130	0,130	130.906	130.906	13.863	13.863			117.043	117.043
Cuba	0,730	0,730	735.089	735.089	77.848	77.848			657.241	657.241
Dominique	0,020	0,020	20.140	20.140	2.133	2.133			18.007	18.007
République dominicaine	0,180	0,180	181.254	181.254	19.195	19.195			162.059	162.059
Équateur	0,180	0,180	181.254	181.254	19.195	19.195			162.059	162.059

Membres	Barème ajusté aux membres de l'OPS		Contribution brute		Crédit au titre de la Péréquation des impôts		Ajustements au titre d'impôts Imposés par les États membres aux salaires du personnel du BPSAP		Net Assessment	
	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009
	%	%	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$
États Membres:										
El Salvador	0,070	0,070	70.488	70.488	7.465	7.465			63.023	63.023
Grenade	0,030	0,030	30.209	30.209	3.199	3.199			27.010	27.010
Guatemala	0,130	0,130	130.906	130.906	13.863	13.863			117.043	117.043
Guyana	0,020	0,020	20.140	20.140	2.133	2.133			18.007	18.007
Haiti	0,070	0,070	70.488	70.488	7.465	7.465			63.023	63.023
Honduras	0,070	0,070	70.488	70.488	7.465	7.465			63.023	63.023
Jamaïque	0,180	0,180	181.254	181.254	19.195	19.195			162.059	162.059
Mexique	6,077	6,077	6.119.362	6.119.362	648.057	648.057			5.471.305	5.471.305
Nicaragua	0,070	0,070	70.488	70.488	7.465	7.465			63.023	63.023
Panama	0,130	0,130	130.906	130.906	13.863	13.863			117.043	117.043
Paraguay	0,180	0,180	181.254	181.254	19.195	19.195			162.059	162.059
Pérou	0,410	0,410	412.858	412.858	43.723	43.723			369.135	369.135
Saint-Kitts-et-Nevis	0,020	0,020	20.140	20.140	2.133	2.133			18.007	18.007
Sainte-Lucie	0,030	0,030	30.209	30.209	3.199	3.199			27.010	27.010
Saint-Vincent-et the Grenadines	0,020	0,020	20.140	20.140	2.133	2.133			18.007	18.007
Suriname	0,070	0,070	70.488	70.488	7.465	7.465			63.023	63.023
Trinité-et-Tobago	0,180	0,180	181.254	181.254	19.195	19.195			162.059	162.059
États-Unis d'Amérique	59,445	59,445	59.859.388	59.859.388	6.339.270	6.339.270	5.600.000	5.600.000	59.120.118	59.120.118
Uruguay	0,260	0,260	261.813	261.813	27.727	27.727			234.086	234.086
Venezuela	3,199	3,199	3.221.300	3.221.300	341.144	341.144	1.500	1.500	2.881.656	2.881.656
Total partiel	<u>99.450</u>	<u>99.450</u>	<u>100.143.257</u>	<u>100.143.257</u>	<u>10.605.439</u>	<u>10.605.439</u>	<u>5.626.500</u>	<u>5.626.500</u>	<u>95.164.318</u>	<u>95.164.318</u>

Membres	Barème ajusté aux Membres de l'OPS		Contribution brute		Crédit au titre de la péréquation des impôts		Ajustement au titre d'impôts imposés par les États Membres aux salaires du personnel Du BSPA			
	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008		2009	
	%	%	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$
États participants:										
France	0,289	0,289	291.014	291.014	30.819	30.819			260.195	260.195
Royaume des Pays-Bas	0,090	0,090	90.628	90.628	9.598	9.598			81.030	81.030
Royaume-Uni	<u>0,060</u>	<u>0,060</u>	<u>60.418</u>	<u>60.418</u>	<u>6.398</u>	<u>6.398</u>			<u>54.020</u>	<u>54.020</u>
Total partiel	<u>0,439</u>	<u>0,439</u>	<u>442.060</u>	<u>442.060</u>	<u>46.815</u>	<u>46.815</u>			<u>395.245</u>	<u>395.245</u>
Membres associés:										
Puerto Rico	<u>0,111</u>	<u>0,111</u>	<u>111.774</u>	<u>111.774</u>	<u>11.837</u>	<u>11.837</u>			<u>99.937</u>	<u>99.937</u>
Total partiel	<u>0,111</u>	<u>0,111</u>	<u>111.774</u>	<u>111.774</u>	<u>11.837</u>	<u>11.837</u>			<u>99.937</u>	<u>99.937</u>
TOTAL	<u>100,000</u>	<u>100,000</u>	<u>100.697.091</u>	<u>100.697.091</u>	<u>10.664.091</u>	<u>10.664.091</u>	<u>5.626.500</u>	<u>5.626.500</u>	<u>95.659.500</u>	<u>95.659.500</u>

(5) Cette colonne inclut les montants estimatifs devant être reçus des États Membres pour 2008-2009 en ce qui a trait aux impôts imposés par eux aux salaires des membres du personnel reçus du BSPA, ajustés aux différences relevées entre le montant estimatif et le montant actuel pour les années précédentes.

(Quatrième réunion plénière, le 2 octobre 2007)

CSP27.R7 Cibles régionales en matière de ressources humaines en santé 2007-2015

LA 27^e CONFÉRENCE SANITAIRE PANAMÉRICAINNE,

Ayant analysé les cibles régionales en matière de ressources humaines en santé 2007-2015 (document CSP27/10);

Tenant compte de l'urgence de déployer un effort collectif pour répondre à la crise actuelle des ressources humaines en santé dans la Région des Amériques et dans le monde;

Conscient du fait que des efforts constants seront nécessaires pour obtenir les résultats souhaitables sur le plan des ressources humaines en santé pour la planification et les politiques sanitaires; et

Considérant que les objectifs critiques de la santé et du système de santé tel que l'accès universel à des soins et services de santé de qualité ne pourront être atteints qu'à l'aide d'un personnel bien distribué, compétent et motivé,

DÉCIDE :

1. De recommander vivement aux États Membres les mesures suivantes :
 - (a) envisager la mise au point des plans d'action nationaux pour les ressources humaines en santé, doté de cibles et d'objectifs précis et d'un ensemble pertinent d'indicateurs et d'un système de suivi, visant essentiellement à renforcer les capacités intégrées des soins de santé primaires et de santé publique et à vérifier l'accès aux populations et communautés peu desservies;
 - (b) mettre en place au sein du ministère de la santé une structure spécifique responsable de la direction stratégique de la planification et des politiques des ressources humaines, en s'alignant sur la politique des systèmes et services de santé et en vérifiant la coordination intersectorielle;
 - (c) continuer à mettre sur pied une masse critique de leaders avec des compétences spécialisées en gestion de la planification et des politiques des ressources humaines aux niveaux central et décentralisé;
 - (d) s'engager à atteindre les cibles régionales proposées en matière de ressources humaines en santé 2007-2015 et intensifier la coopération technique et financière entre les pays afin d'obtenir des résultats.
2. De demander à la Directrice de:
 - (a) collaborer avec les États Membres en ce qui concerne la formulation de leurs plans d'action nationaux pour les ressources humaines en santé 2007-2015 et promouvoir et faciliter la coopération technique et financière entre les pays de la Région;
 - (b) soutenir activement la formulation de plans d'action pour les ressources humaines en santé au niveau sous-régional, en coordination avec des institutions et organisations sous-régionales, afin de relever les défis entourant la dynamique frontalière, la mobilité des professionnels de la santé et des populations et autres questions d'intérêt commun;
 - (c) engager le Réseau régional des Observatoires des Ressources humaines en santé au niveau de la mise au point d'indicateurs et de systèmes de suivi des cibles liées aux ressources humaines en santé 2007-2015 et créer, organiser et faciliter l'accès

- aux connaissances relatives aux stratégies et interventions sur le plan des ressources humaines;
- (d) intensifier les efforts pour mettre en place des communautés régionales de pratique et d'apprentissage en gestion de la planification et des politiques des ressources humaines, dont celles visant à l'intégration des soins de santé primaires et de la santé publique.

(Cinquième réunion plénière, 3 octobre 2007)

CSP27.R8 Élection de trois États Membres au Comité exécutif au terme des mandats du Canada, de Cuba et du Venezuela

LA 27^e CONFÉRENCE SANITAIRE PANAMÉRICAINNE,

Ayant à l'esprit les dispositions des articles 4.D et 15.A de la Constitution de l'Organisation panaméricaine de la Santé, et

Considérant que la Bolivie, le Mexique et le Suriname ont été élus pour faire partie du Comité exécutif au terme des mandats de Canada, Cuba et Venezuela,

DÉCIDE :

1. De déclarer que la Bolivie, le Mexique et le Suriname ont été élus pour faire partie du Comité exécutif pour une période de trois ans.
2. De remercier le Canada, Cuba et le Venezuela pour les services rendus à l'Organisation au cours des trois dernières années par leurs représentants au sein du Comité exécutif.

(Cinquième réunion plénière, 3 octobre 2007)

CSP27.R9 Élection du Directeur du Bureau sanitaire panaméricain et nomination du Directeur régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour les Amériques

LA 27^e CONFÉRENCE SANITAIRE PANAMÉRICAINE,

Gardant à l'esprit les articles 4.E et 21.A de la Constitution de l'Organisation panaméricaine de la Santé, qui prévoit que le Bureau sanitaire panaméricain aura un Directeur élu à la Conférence par vote d'une majorité des Membres de l'Organisation;

Tenant compte de l'article 4 de l'Accord entre l'Organisation mondiale de la Santé et l'Organisation panaméricaine de la Santé et de l'article 52 de la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, qui établissent la procédure pour la nomination des Directeurs régionaux de l'Organisation mondiale de la Santé; et

Satisfaite que l'élection du Directeur du Bureau se soit tenue conformément aux règles et procédures établies,

DÉCIDE :

1. De déclarer le docteur Mirta Roses Periago Directrice élue du Bureau sanitaire panaméricain pour une période de cinq ans à compter du 1^{er} février 2008.
2. De soumettre au Conseil exécutif de l'Organisation mondiale de la Santé le nom du docteur Mirta Roses Periago pour nomination au titre de Directrice régionale pour les Amériques de l'Organisation mondiale de la Santé pour la même période.

(Cinquième réunion plénière, 3 octobre 2007)

CSP27.R10 Politique et stratégie régionales pour assurer la qualité des soins de santé, y compris la sécurité des patients

LA 27^e CONFÉRENCE SANITAIRE PANAMÉRICAINE,

Ayant analysé le document soumis par la Directrice sur la politique et stratégies régionales pour assurer la qualité des soins de santé, y compris la sécurité des patients (document CSP27/16);

Convaincue qu'il est important que des mesures soient immédiatement prises aux échelles nationale et régionale pour assurer que les systèmes de santé fournissent aux utilisateurs des soins de santé efficaces, sûrs, performants, accessibles, appropriés et satisfaisants ;

Considérant qu'il est indispensable de mettre en place des politiques afférentes au secteur de la santé qui auront des incidences sur les soins continus de santé, encourageront la participation des citoyens et assureront la promotion d'une culture de la qualité et de la sécurité dans institutions de soins de santé ;

Rappelant l'établissement de la garantie de la qualité dans les services individuels et collectifs comme une fonction essentielle de santé publique (document CD42/15 émané du 42^e Conseil directeur (2002)), et notant avec préoccupation le rendement déficient de la Région dans ce domaine ;

Considérant la résolution WHA55.18, "Qualité des soins : sécurité des patients," adoptée par l'Organisation mondiale de la Santé en 2002, et invitant instamment les États Membres à accorder la plus grande attention au problème de la sécurité des patients et à créer sur des bases scientifiques et à renforcer les systèmes nécessaires pour améliorer la sécurité des patients et la qualité des soins;

Considérant la Déclaration régionale sur les nouvelles orientations des soins primaires de santé (Déclaration de Montevideo) , soutenue par le 46^e Conseil directeur de l'OPS (2005), établissant que les systèmes de santé devraient être orientés vers la sécurité des patients et la qualité des soins ; et

Reconnaissant avec satisfaction les initiatives et le leadership de quelques-uns des États Membres de la Région dans le domaine de la sécurité des patients et la qualité des soins,

DÉCIDE:

1. D'exhorter les États Membres à :
 - a) Accorder la priorité à la sécurité des patients et à la qualité des soins dans le secteur des politiques et programmes de santé, y compris la promotion d'une culture organisationnelle et personnelle de la sécurité des patients et de la qualité des soins qui leur sont octroyées;
 - b) Allouer les ressources nécessaires à l'élaboration de politiques et programmes nationaux destinés à promouvoir la sécurité des patients et la qualité des soins ;

- c) Incorporer la participation du client aux processus d'amélioration de la qualité des soins de santé;
 - d) Évaluer la situation de la sécurité des patients et de la qualité des soins dans le pays, en vue d'identifier les domaines prioritaires et les stratégies d'intervention ;
 - e) Concevoir et à mettre en œuvre des interventions qui visent à améliorer la sécurité des patients et la qualité des soins;
 - f) Collaborer avec le Secrétariat de l'OPS à la mise en place d'une stratégie régionale axée sur les preuves et incluant des résultats mesurables permettant d'améliorer la sécurité des patients et la qualité des soins.
2. De demander à la Directrice:
- a) De souligner à l'intention des États Membres et aux tribunes sous-régionales, régionales et mondiales l'importance d'améliorer la sécurité des patients et la qualité des soins;
 - b) De produire et d'assurer la disponibilité d'informations et de preuves qui permettront de mener une évaluation scientifique de la portée et de l'évolution du rendement dans le domaine de la qualité des soins, ainsi que de l'efficacité des interventions;
 - c) De prêter une assistance technique aux pays de la Région en matière de conception et d'application de solutions à l'amélioration de la qualité ;
 - d) De promouvoir la participation du patient/client à la formulation de politiques et de solutions destinées à améliorer la sécurité des patients et la qualité des soins ;
 - e) De lancer des initiatives visant à mettre sur pied un observatoire régional de sécurité des patients et de la qualité des soins ;
 - f) De mobiliser les ressources en appui aux initiatives portant sur la sécurité des patients et la qualité des soins dans la Région ;
 - g) De mettre au point, en consultation avec les États Membres, une stratégie régionale d'amélioration de la sécurité des patients et de la qualité des soins.

(Sixième réunion plénière, 3 octobre 2007)

CSP27.R11 Le paludisme dans les Amériques

LA 27^e CONFÉRENCE SANITAIRE PANAMÉRICAINNE,

Ayant examiné le rapport d'activité soumis par la Directrice au sujet du paludisme dans les Amériques (document CSP27/9), qui fait état des progrès réalisés en vue de l'atteinte des objectifs visés par l'Initiative Faire reculer le paludisme (2001-2010) ainsi que des objectifs du Millénaire pour le développement en ce qui a trait au paludisme pour 2015, lequel propose que les États Membres poursuivent leur lutte contre le paludisme au moyen du renforcement de la capacité nationale à préserver les acquis et à réduire davantage la charge de cette maladie;

Prenant en compte que le 46^e Conseil directeur (2005) a exhorté les États Membres, entre autres, à renouveler leur engagement à élaborer des politiques nationales et plans opérationnels devant assurer un accès à des méthodes de prévention et de contrôle à l'intention des personnes à risque ou affectées par le paludisme, en vue de parvenir à réduire la charge du paludisme de 50% au moins d'ici 2010 e de 75% d'ici 2015 ; à allouer des ressources nationales, à mobiliser des ressources additionnelles et à les utiliser efficacement pour le lancement d'interventions adéquates de prévention et de contrôle du paludisme; à désigner une journée de lutte antipaludique dans les Amériques en vue de rendre hommage chaque année aux efforts actuellement déployés pour prévenir et combattre le paludisme, sensibiliser davantage le public et vérifier les progrès réalisés;

Préoccupée par cette maladie qui continue de poser un problème de santé publique dans un certain nombre de territoires; que la migration accrue à l'intérieur et entre les pays accroît la susceptibilité des pays endémiques et non endémiques aux éruptions du paludisme;

Reconnaissant le potentiel de mobilisation d'un soutien financier du Fonds global de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, entre autres sources; et

Conscient du rapport sur le paludisme soumis par le Secrétariat de l'OMS à la Soixantième Assemblée mondiale ainsi que de la résolution WHA60.18 traitant du paludisme et contenant une proposition relative à la désignation d'une "... Journée du paludisme le 25 avril ou un autre jour ou d'autres jours selon ce que pourront décider les divers États Membres..."

DÉCIDE :

1. D'exhorter les États Membres :

- (a) à renouveler leur engagement à élaborer et mettre en œuvre des politiques nationales et des plans opérationnels en vue d'assurer l'accès aux interventions de prévention et de lutte à l'intention des personnes à risque ou affectées par le paludisme, ce pour parvenir à une réduction de la charge du paludisme d'un moins 50% d'ici 2010 et de 75% d'ici 2015;
- (b) à mettre à jour les systèmes de surveillance, de suivi et d'évaluation de la santé en vue de vérifier les progrès enregistrés en matière de réduction de la charge du paludisme et de prévenir une recrudescence de transmission de la maladie dans les endroits où cette transmission a été interrompue, à la lumière des conditions établies par le Règlement sanitaire international (RSI);
- (c) à allouer des ressources nationales, à mobiliser des ressources additionnelles et à les utiliser effectivement pour lancer des initiatives appropriées de prévention et de contrôle du paludisme;
- (d) à encourager l'élaboration de recommandations et d'interventions basées sur des preuves et à les convertir en politiques concrètes, en fonction des caractéristiques individuelles adéquates;
- (e) à évaluer les besoins en fait de personnel, de formation et d'autres réformes de gestion des ressources humaines en vue de compléter les changements et intégrer, institutionnaliser et soutenir les efforts de prévention et de contrôle du paludisme au sein du système d santé;
- (f) à mettre en place un programme multisectoriel sur le développement d'une infrastructure urbaine permettant de gérer les diverses conséquences pour la santé des maladies transmises par un vecteur, notamment le paludisme;
- (g) à encourager la communication, la coordination et la collaboration entre les activités antipaludiques et d'autres domaines de la santé publique, ainsi que les institutions et activités de protection parmi les partenaires et audiences ciblées;
- (h) à désigner la date du 6 novembre comme date de l'organisation chaque année de la Journée de lutte antipaludique dans les Amériques.

2. De demander à la Directrice :

- a) de continuer à prêter une coopération technique et à coordonner les efforts visant à réduire le paludisme dans les pays endémiques et à prévenir la réintroduction de la transmission là où cette réduction a eu lieu;

- b) d'élaborer et d'appuyer des mécanismes propres à assurer chaque année le suivi des progrès réalisés en matière de programmes de prévention et de contrôle ; et de promouvoir le partage de l'information et l'échange de capacité technique entre les pays;
- c) d'aider les pays, selon le besoin, à élaborer et à mettre en œuvre des mécanismes effectifs et performants de mobilisation et d'utilisation des ressources, y compris les efforts permettant d'accéder aux ressources et à réaliser avec succès les projets du Fonds global;
- d) de promouvoir la Journée de lutte antipaludique dans les Amériques et d'aider les États Membres à le célébrer.

(Septième réunion plénière, 4 octobre 2007)

CSP27.R12 Stratégie destinée à renforcer le recueil des statistiques de l'état civil et de la santé dans les pays de la Région des Amériques

LA 27^e CONFÉRENCE SANITAIRE PANAMÉRICAINNE,

Ayant étudié le document présenté par la Directrice sur la stratégie destinée à renforcer le recueil des statistiques de l'état civil et de la santé dans les pays de la Région des Amériques (document CSP27/13);

Reconnaissant qu'il est important d'améliorer la couverture et la qualité du recueil des statistiques de l'état civil et de la santé pour pouvoir disposer d'éléments probants plus fiables et plus valides dans le but de concevoir, de mettre en œuvre et de suivre les politiques de santé menées dans les pays et d'observer les recommandations internationales;

Motivée par la nécessité de disposer d'indicateurs de qualité meilleure à l'échelon infranational, national et regional afin de suivre l'application d'engagements internationaux tels que ceux qui ont été pris à la Conférence internationale sur la population et le développement (CFPD, le Caire, 1994), la Quatrième conférence mondiale sur les femmes (Beijing, 1995), la déclaration des pays sur les objectifs du Millénaire pour le développement (2000), la Conférence mondiale contre le racisme, la discrimination raciale, la xénophobie et l'intolérance qui y est associée (Durban, 2001) et autres engagements spécifiques liés à l'approche des droits humains en matière d'accès à l'information et aux éléments qui entrent dans la prise de décisions;

Consciente des efforts consentis à ce jour pour analyser l'état des statistiques et dresser le constat régional dans les pays;

Reconnaissant que le Secrétariat a besoin d'un mécanisme permanent qui permette de renforcer le recueil des statistiques de l'état civil et de la santé dans les pays de la Région, ainsi que le recommandait le Comité consultatif régional sur les statistiques de santé en 2003, et que ce mécanisme devrait conduire à l'harmonisation des mesures au sein et entre les pays ainsi qu'à la coordination des activités au sein de l'Organisation et avec d'autres agences internationales de coopération technique et de financement pour promouvoir l'utilisation efficiente des ressources humaines, techniques et financières disponibles afin de renforcer le recueil des statistiques; et

Considérant l'importance que revêt une stratégie qui, de manière continue et permanente, serve de balise pour améliorer la couverture et la qualité du recueil des statistiques et de la santé dans les pays de la Région des Amériques,

DÉCIDE :

1. D'exhorter les États Membres à :
 - (a) adopter, selon qu'il convient, la stratégie destinée à renforcer le recueil des statistiques de l'état civil et de la santé dans les pays de la Région des Amériques, laquelle débouchera sur l'élaboration d'un plan d'action de nature à encourager la collecte de données de qualité meilleure et l'utilisation d'indicateurs offrant une couverture plus large pour l'élaboration et le suivi des politiques de santé;
 - (b) encourager la participation des bureaux de recueil des statistiques nationaux et sectoriels, des registres de l'état civil et d'autres acteurs/usagers publics et privés ainsi que la coordination entre eux pour analyser l'état du recueil des statistiques de l'état civil et de la santé à l'échelon national et infranational, et dresser leurs plans d'action;
 - (c) établir une coordination avec d'autres pays de la Région afin de lancer les activités prévues dans leurs plans d'action, ainsi que faire connaître et utiliser des outils de nature à favoriser une meilleure collecte des statistiques de l'état civil et de la santé.
2. De prier la Directrice de :
 - a) travailler avec les États Membres à l'application de la stratégie compte tenu de leur contexte et priorités propres ainsi qu'à la conception, à la mise en œuvre et au suivi du plan d'action, et promouvoir la diffusion et l'emploi des produits qui en

- seront issus dans le but de générer des informations de santé à l'échelon infranational, national et régional;
- b) promouvoir la satisfaction des besoins des entreprises en termes d'accès à des informations valides, fiables dans le but de dresser les plans et d'élaborer les programmes de l'Organisation à l'aide de la stratégie, en vue de formuler le plan d'action;
 - c) encourager la coordination du plan d'action en amenant d'autres agences internationales de coopération technique et de financement à lancer des initiatives similaires dans le but de renforcer le recueil des statistiques au sein des pays;
 - d) définir les besoins en ressources humaines, technologiques et financières pour garantir la conception et la mise en œuvre du plan d'action destiné à renforcer le recueil des statistiques de l'état civil et de la santé dans les pays de la région des Amériques;
 - e) rendre compte à intervalles réguliers aux instances gouvernantes par le canal du Comité exécutif sur les progrès et les contraintes relevés au cours de la mise en œuvre du plan d'action.

(Septième réunion plénière, 4 octobre 2007)

CSP27.R13 Sécurité internationale de la santé : Mise en œuvre du Règlement sanitaire international (RSI (2005))

LA 27^e CONFÉRENCE SANITAIRE PANAMÉRICAINNE,

Considérant qu'un Point Focal National du Règlement sanitaire international (RSI-PFN) fonctionnel constitue un élément clé pour une mise en œuvre fructueuse du RSI (2005);

Considérant que tous les États membres de l'OPS ont désigné leur RSI-PFN et fourni des coordonnées à l'OMS à ce sujet;

Considérant que des structures et une organisation différentes prévalant dans chaque État membre débouchent sur différents niveaux de capacité de mise en œuvre des fonctions requises telles que décrites dans le RSI (2005);

Considérant que le RSI (2005) demande à chaque État partie de mettre au point, de renforcer et de maintenir des capacités essentielles en matière de santé publique aux échelons primaire, intermédiaire et national en vue de dépister, d'évaluer, de notifier et de rapporter des événements et de répondre sans délais aux urgences de santé publique;

Considérant que des capacités spécifiques sont requises pour la mise en œuvre de mesures de santé aux ports internationaux, aux aéroports et dans certains postes frontières désignés par les États parties,

DÉCIDE :

1. D'exhorter les États membres:
 - a) à renforcer les capacités du RSI-PFN en assurant leur disponibilité et leur capacité d'établir des communications internationales à tout moment;
 - b) à renforcer la capacité du RSI-PFN en matière de collaboration intersectorielle en ce qui a trait à la diffusion de l'information et la consolidation des apports provenant de tous les secteurs pertinents;
 - c) à prendre des mesures immédiates en vue d'évaluer la capacité de leurs présentes structures nationales de santé publique et de ressources dont ils disposent pour satisfaire aux conditions requises de capacités essentielles de surveillance et de réponse comme l'établit l'Annexe 1 a du RSI (2005);
 - d) à élaborer, d'ici la mi-2009, des plans d'action nationaux propres à assurer que les capacités essentielles de surveillance et de réponse ainsi que des points d'entrée soient mises en place conformément aux conditions énoncées dans le RSI ; à la lumière de ces plans, de recenser les priorités parmi les principales composantes devant être traitées (ressources humaines, allocations budgétaires, ressources matérielles, instruments légaux, formation, collaboration régionale) et les options à retenir pour la mobilisation de ressources nationales;
 - e) à se prêter un support mutuel pour le renforcement et le maintien des capacités de santé publique requises en vertu du RSI (2005).
2. De demander à la Directrice :
 - a) de prêter un appui aux États membres durant l'évaluation des présents systèmes nationaux de surveillance et de réponse en leur fournissant des instruments, des directives et une coopération technique directe;

- b) de fournir un appui technique et logistique aux États membres, à leur demande, durant l'élaboration et la mise en œuvre de plans d'action nationaux pour le renforcement des capacités requises en vertu du RSI (2005);
- c) de développer et de renforcer les capacités de l'OPS à exercer intégralement et effectivement les fonctions qui lui sont confiées en vertu du Règlement sanitaire international révisé, notamment à travers un centre d'opérations stratégiques de santé pour appuyer les pays engagés dans le dépistage, l'évaluation et la réponse aux événements de santé publique;
- d) de convoquer un groupe technique de travail chargé de mettre au point des instruments communs de déclaration et d'échange d'information entre les États membres et entre ceux-ci et l'OPS;
- e) d'assurer une coopération pour l'application habituelle de l'instrument de décision utilisés pour évaluer les événements qui peuvent constituer des urgences de santé publique de portée internationale;
- f) de collaborer avec les États parties dans la mesure du possible à la mobilisation des ressources financières pour aider les pays à mettre en place, à renforcer et à maintenir les capacités requises en vertu du RSI (2005);
- g) de continuer à promouvoir la participation active des systèmes d'intégration régionale à l'élaboration et la mise en œuvre de plans régionaux et sous-régionaux pour les activités liées au RSI.

(Huitième réunion plénière, 4 octobre 2007)

CSP27.R14 Hôpitaux sûrs : Une initiative régionale sur les installations sanitaires résistantes aux catastrophes

LA 27^e CONFÉRENCE SANITAIRE PANAMÉRICAINNE,

Ayant examiné le rapport établi par la Directrice au sujet d'hôpitaux sûrs : une initiative régionale sur les installations sanitaires résistantes aux catastrophes (document CSP27/12) et consciente des avantages découlant de la conjugaison des efforts en vue de réduire les risques de santé dans les cas de catastrophes;

Considérant que le 45^e Conseil directeur de l'Organisation panaméricaine de la santé (2004) a approuvé la résolution CD45.R8 qui exhorte les États Membres à adopter le principe de la « Sécurité des hôpitaux dans les cas de catastrophes » en tant que politique nationale de réduction des risques; que lors de la Conférence mondiale sur la réduction des catastrophes, 168 pays se sont fixés le même objectif en tant qu'actions prioritaires à mettre en œuvre d'ici 2015;

Sachant que, selon des données fournies par les États Membres de l'OPS/OMS, 67% de leurs établissements sanitaires sont situés dans des zones où existe un risque de catastrophe et qu'au cours de la dernière décennie, près de 24 millions de personnes dans les Amériques ont perdu leur accès aux soins de santé pendant des mois, et parfois des années, en raison de dommages directement liés à des désastres;

Prenant en compte qu'un effondrement fonctionnel est la cause principale de la mise hors service d'un hôpital après un désastre; que l'accès aux services de santé est un besoin crucial pour ce qui est de sauver des vies, en particulier lors de situations d'urgence, et que cet accès incombe principalement au secteur de la santé et fait partie des fonctions essentielles de santé publique;

Considérant que la Stratégie internationale pour la prévention des catastrophes (SIPC) mise au point par les Nations Unies a décidé d'organiser pour 2008-2009 la campagne mondiale pour la sécurité des hôpitaux, comme exemple d'une entreprise complexe qui requiert la collaboration de tous les secteurs, y compris des institutions de financement, afin de rendre les hôpitaux résistants aux désastres; que l'Organisation mondiale de la santé est l'entité technique responsable de la campagne; et

En vue de contribuer substantiellement à la réduction des risques de catastrophes dans la Région et prenant en compte que la campagne pour la sécurité des hôpitaux apportera une contribution de taille à la sécurité des hôpitaux, notamment à la sécurité des patients et à la santé des travailleurs,

DÉCIDE:

1. D'exhorter les États Membres à :
 - (a) Assurer qu'un service spécifique établi au sein de chaque ministère de la santé soit responsable de l'élaboration d'un programme de réduction des risques posés par les catastrophes;
 - (b) Activement soutenir la campagne pour la sécurité des hôpitaux pour 2008-2009, dans le cadre de la Stratégie internationale de prévention des catastrophes au moyen des actions suivantes :

- établir des partenariats avec des participants à l'intérieur et en dehors du secteur de la santé, comme les organisations nationales de gestion financière, les universités, les centres scientifiques et de recherches, les autorités locales, les communautés et d'autres contributeurs clés;
 - partager et mettre en œuvre des pratiques optimales en vue de parvenir à réaliser des progrès à l'échelle du pays en matière de sécurité pour les hôpitaux;
 - encourager une évaluation des installations sanitaires existantes et des vulnérabilités potentielles aux catastrophes, en vue d'élaborer des plans à long terme visant à éliminer ces vulnérabilités;
 - veiller à ce que tous les nouveaux hôpitaux construits offrent un niveau de protection permettant de mieux garantir qu'ils seront fonctionnels durant les catastrophes et mettront en œuvre des mesures d'atténuation appropriées visant à renforcer les installations actuelles de santé;
- (c) tracer des politiques nationales qui traitent de la sécurité des hôpitaux; à adopter des normes nationales et internationales et à établir un suivi de la sécurité du réseau d'installations de santé.
- (d) promouvoir l'inclusion de la réduction des risques comme l'un des critères du processus d'agrément des installations de santé.
2. De demander à la Directrice :
- a) De mettre en place de nouveaux mécanismes en vue d'évaluer la possibilité que les installations de santé demeurent fonctionnels durant et après une catastrophe; et d'aider les États Membres à les mettre en œuvre;
 - b) D'aider les pays à documenter et à partager les pratiques optimales et à réaliser des progrès en ce qui a trait à l'initiative sur la sécurité des hôpitaux;
 - c) De promouvoir et renforcer la coordination et la coopération avec les institutions régionales et sous-régionales concernées par la question des catastrophes.

(Huitième réunion plénière, 4 octobre 2007)

CSP27.R15 Prévention et contrôle de la dengue au sein des Amériques

LA 27^e CONFÉRENCE SANITAIRE PANAMÉRICAINE,

Ayant étudié le document présenté par la Directrice sur la prévention et le contrôle de la dengue au sein des Amériques : optique intégrée et enseignements tirés (document CSP27/15),

Considérant les efforts menés par les pays de la Région pour prévenir et contrôler la dengue et conformément aux résolutions CD43.R4 et CD44.R9 prises par le Conseil directeur de l'OPS pour préparer et mettre en œuvre la Stratégie de gestion intégrée (SGI-dengue), avancée comme un canevas qui permettra de réduire la morbidité et la mortalité imputables aux flambées et aux épidémies de dengue,

Reconnaissant que les flambées récentes de dengue et que la complexité de la situation épidémiologique ont permis une plus grande sensibilisation aux déterminants macro-économiques de transmission tels que la pauvreté, le changement climatique, la migration ainsi que l'urbanisation sauvage ou non planifiée et, par voie de suite, la prolifération des sites de reproduction de l'*Aedes aegypti*, vecteur de transmission principal du virus de la dengue ; et

Gardant à l'esprit que les progrès encourageants et les efforts déployés par les pays pour combattre la dengue dans la Région ne suffisent pas encore et que le processus même de mise en œuvre de la SGI-dengue a permis de repérer les points faibles et les menaces graves qui obligent à creuser l'analyse du sujet de la dengue dans toute sa dimension, son ampleur et sa complexité,

DÉCIDE :

1. D'exhorter les États Membres à :
 - a) œuvrer de manière à corriger les faiblesses et à contrer les menaces définies par chaque pays dans la préparation de la SGI-dengue pour parvenir aux résultats attendus de l'application des stratégies nationales ;
 - b) trouver et à mobiliser des ressources financières pour la mise en œuvre des stratégies nationales ;
 - c) prévenir les décès que cause la dengue en accordant la priorité au renforcement du réseau des services de santé pour le rendre à même de prodiguer des soins

- opportuns et adéquats aux patients qui présentent des symptômes graves de fièvre hémorragique et de choc imputables à la dengue ;
- d) promouvoir la mise en place de mesures publiques entre les secteurs dans le but de maîtriser les déterminants macro-économiques de la transmission de la dengue, en accordant une attention particulière au renforcement de la planification en milieu urbain, à la réduction de la pauvreté et à l'assainissement de l'environnement (approvisionnement en eau et élimination des déchets) pour permettre une prévention durable de la dengue et d'autres maladies à transmission vectorielle ;
 - e) effectuer un suivi et une évaluation systématiques de la mise en œuvre de la SGI-dengue nationale et régionale, ce qui permettra d'assurer la continuité des activités et d'intégrer de nouveaux outils destinés au contrôle de la dengue ;
 - f) évaluer les éléments probants qui renseignent sur l'ampleur du problème causé par l'entassement de pneus usés et les décharges pleines de plastiques au rebut qui pourraient poser une menace croissante comme lieu potentiel de reproduction pour le moustique vecteur de la dengue, et encourager l'établissement de partenariats entre les secteurs public et privé dans la recherche de solutions ;
 - g) allouer plus de moyens financiers selon que de besoin, tout particulièrement en vue du perfectionnement des qualifications techniques des ressources humaines et de leur formation dans des domaines négligés dont l'entomologie et la communication sociale aux fins de développement ;
 - h) encourager la recherche scientifique axée sur l'élaboration de nouveaux outils et l'évaluation continue des instruments existants dans le souci de maximiser la prévention et le contrôle de la dengue ;
 - i) tirer parti de la mise en œuvre du Règlement sanitaire international (2005) en vue de détecter les cas de dengue en temps opportun grâce à la mise en place de diagnostic précoce ;
2. De prier la Directrice de :
- a) renforcer la coopération technique entre les États Membres en vue de porter un coup d'arrêt à l'extension de la dengue dans la Région et de réduire le fardeau social, économique et politique de cette maladie ;
 - b) soutenir l'établissement de coalitions stratégiques entre les secteurs ainsi que la participation de partenaires financiers internationaux dans le but de favoriser la

- mise en place et l'évaluation de la Stratégie de gestion intégrée pour la prévention et le contrôle de la dengue dans tous les pays et toutes les sous-régions des Amériques, afin de réduire les déterminants de la transmission ;
- c) encourager la préparation d'un plan régional en vue de pouvoir riposter, en temps utile, aux flambées et épidémies de dengue qui gagnent en fréquence au fil des ans dans les pays de la Région des Amériques.

(Huitième réunion plénière, 4 octobre 2007)

CSP27.R16 Nomination de l'Auditeur externe

LA 27^e CONFÉRENCE SANITAIRE PANAMÉRICAINNE,

Ayant examiné le document CSP27/21 et convaincue que la procédure établie par le 47^e Conseil directeur en 2006 (document CD47/25) a été suivie dans le cadre de l'appel d'offres venant de commissaires qualifiés de réputation internationale susceptibles d'être envisagés comme Commissaire aux comptes externes de l'Organisation panaméricaine de la santé , et

Ayant noté que le Secrétariat a reçu une candidature valide, du Gouvernement du Royaume-Uni de Grande-Bretagne et de l'Irlande du Nord,

DÉCIDE :

De nommer le *United Kingdom National Audit Office* comme Commissaire externe des comptes de l'Organisation panaméricaine de la santé pour les exercices financiers 2008-2009 et 2010-2011.

(Huitième réunion plénière, 4 octobre 2007)

CSP27.R17 Traitement du Directeur du Bureau sanitaire panaméricain

LA 27^e CONFÉRENCE SANITAIRE PANAMÉRICAINNE,

Considérant la révision de l'échelle salariale de base/minimum pour les catégories professionnelles et de rang supérieur, avec effet au 1^{er} janvier 2007;

Tenant compte de la décision par le Comité exécutif à sa 140^e session d'ajuster les traitements du Directeur adjoint et du Sous-Directeur du Bureau sanitaire panaméricain, et

Prenant note de la recommandation du Comité exécutif concernant le traitement du Directeur du Bureau sanitaire panaméricain,

DÉCIDE :

De fixer avec entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2007, le traitement annuel du Directeur du Bureau sanitaire panaméricain à US\$ 185.874 avant évaluation, résultant en un salaire net modifié de \$133.818 (avec personnes à charge) ou \$120.429 (sans personnes à charge).

(Huitième réunion plénière, 4 octobre 2007)

CSP27.R18 Normes comptables internationales pour le secteur public

LA 27^e CONFÉRENCE SANITAIRE PANAMÉRICAINNE,

Ayant examiné le rapport sur l'introduction des normes comptables internationales pour le secteur public (IPSAS) (document CSP27/17) proposé par la Directrice,

DÉCIDE :

1. D'approuver l'introduction d'IPSAS dans l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS);
2. De reconnaître que la mise en œuvre d'IPSAS contribuera à la transparence dans la gestion axée sur les résultats ;

3. De noter que les normes comptables actuelles du système des Nations Unies (UNSAS) ont été amendées pour permettre l'introduction progressive de normes individuelles pour chaque agence, IPSAS devant être intégralement exécuté d'ici 2010;
4. De noter également que la Directrice soumettra à la considération des Organes directeurs lors de sessions futures, des propositions en vue de l'amendement du Règlement financier et des Règles de gestion financière découlant de l'adoption d'IPSAS;
5. De reconnaître que la mise en œuvre d'IPSAS nécessitera des ressources financières qui seront incluses dans les budgets programmes biennaux de l'OPS commençant avec le budget programme correspondant à la période biennale 2008-2009.

(Neuvième réunion plénière, 5 octobre 2007)

CSP27.R19 Fonds directeur d'investissement

LA 27^e CONFÉRENCE SANITAIRE PANAMÉRICAINE,

Ayant examiné le rapport de la Directrice sur la création proposée du Fonds directeur d'investissement (document CSP27/18) et consciente du besoin de planifier adéquatement et de prendre des dispositions pour le financement de l'entretien et des réparations des bâtiments de l'OPS et du remplacement systématique de l'équipement informatique et de télécommunications, logiciels et systèmes d'appui à l'infrastructure de la technologie de l'information de l'Organisation,

DÉCIDE :

1. D'établir le Fonds directeur d'investissement avec deux fonds secondaires, Immobilier et équipement, et Technologie de l'information, au lieu du Fonds des biens immobiliers et du Fonds de capital pour équipement actuels de l'OPS, à dater du 1^{er} janvier 2008;
2. D'établir un plafond de US\$ 2,0 millions pour le nouveau Fonds secondaire immobilier et équipement et de \$6,0 millions pour le Fonds secondaire technologie de l'information;
3. De financer le Fonds directeur d'investissement comme suit :

- (a) Capitalisation initiale à hauteur du plafond autorisé de \$8,0 millions avec les ressources suivantes :
- Les soldes respectifs à dater du 1^{er} janvier 2008 dans le Fonds des biens immobiliers et le Fonds de capital pour équipement existants de l'OPS;
 - L'excédent de recettes sur dépenses des fonds du budget programme ordinaire à la conclusion de la période biennale 2006-2007.
- (b) À compter de la conclusion de la période biennale 2008-2009, le réapprovisionnement du Fonds directeur d'investissement à provenir de :
- Recette annuelle de la location des locaux et terrains de l'Organisation, à créditer au Fonds secondaire immobilier et équipement;
 - À hauteur de \$2,0 millions d'excédent de recettes sur dépenses des fonds du budget programme ordinaire avec notification au Comité exécutif;
 - Réapprovisionnement au-dessus de \$2,0 millions par période biennale avec l'approbation du Comité exécutif.
4. D'adopter les directives suivantes pour le Fonds directeur d'investissement :
- (a) Chaque fonds secondaire sera distinct et séparé sans transferts de ressources entre eux.
- (b) Le Fonds secondaire immobilier et équipement financera les rénovations/réparations de bâtiments pour des projets d'une valeur supérieure à \$15.000 aux emplacements indiqués par les États Membres là où l'OPS porte la responsabilité au titre de l'accord bilatéral des réparations/rénovations majeures; les espaces de bureaux loués par l'OPS; et espaces de bureaux ou bâtiments appartenant à l'OPS.
- (c) Le Fonds secondaire technologie de l'information assurera le financement pour le remplacement systématique d'articles liés au câblage et à l'infrastructure, l'équipement de télécommunications, et les matériels et logiciels informatiques aux emplacements indiqués par les États Membres à l'OPS, les espaces de bureaux commerciaux loués par l'OPS et les espaces de bureaux ou bâtiments appartenant à l'OPS.

- (d) Le Secrétariat établira des projections de coût sur la prochaine période de 10 ans pour le Fonds directeur d'investissement, en tenant compte des cycles appropriés d'entretien, de réparation et de remplacement.

(Neuvième réunion plénière, 5 octobre 2007)

Décisions

CSP27(D1) Constitution de la Commission de vérification des pouvoirs

Conformément à l'article 32 du Règlement intérieur de la Conférence sanitaire panaméricaine, la Conférence a désigné le Guyana, le Honduras et l'Equateur comme membres de la Commission de vérification des pouvoirs.

(Première réunion, 1^{er} octobre 2007)

CSP27(D2) Election du bureau

Conformément à l'article 17 du Règlement intérieur, la Conférence a élu le Chili au poste de Président, la République dominicaine et le Suriname aux postes de Vice-présidents et les États-Unis d'Amérique au poste de Rapporteur de la Conférence sanitaire panaméricaine.

(Première réunion, 1^{er} octobre 2007)

CSP27(D3) Adoption de l'ordre du jour

La Conférence a adopté l'ordre du jour reproduit dans le document CSP27/1 sans le modifier. La Conférence a aussi adopté un calendrier des réunions (Document CSP27/WP/1, Rév.1).

(Première réunion, 1^{er} octobre 2007)

CSP27(D4) Constitution d'un Groupe de travail chargé d'examiner l'application de l'Article 6.B de la Constitution de l'OPS

Conformément à l'article 35 du Règlement intérieur, la Conférence a désigné le Belize, la Bolivie et le Canada comme membres du Groupe de travail chargé d'examiner l'application de l'article 6.B de la constitution de l'OPS

(Première réunion, 1^{er} octobre 2007)

CSP27(D5) Constitution de la Commission générale

Conformément à l'article 33 du Règlement intérieur, la Conférence a désigné Cuba, le Guatemala et le Mexique comme membre de la Commission générale.

(Première réunion, 1^{er} octobre 2007)

CSP27(D6) Sélection d'un État Membre de la Région des Amériques habilité à désigner une personne au Conseil conjoint de coordination du Programme spécial de recherche et formation de l'UNICEF/PNUD/Banque mondiale/OMS concernant les maladies tropicales (TDR)

La Conférence a demandé au Costa Rica de désigner une personne appelée à prêter ses services au Conseil conjoint de coordination du Programme spécial de recherche et de formation de l'UNICEF/PNUD/Banque mondiale/OMS concernant les maladies tropicales.

(Première réunion, 1^{er} octobre 2007)

EN FOI DE QUOI, le Président du Comité exécutif et la Secrétaire de droit, la Directrice du Bureau sanitaire panaméricain, signe le présent Rapport final dans les langues anglaise et française, les deux textes étant identiques.

FAIT à Washington, D.C., en ce vingt-neuvième jour de l'an deux mille sept. La Secrétaire déposera les textes originaux dans les archives du Bureau sanitaire panaméricain et en enverra des copies aux États Membres de l'Organisation.

María Soledad Barría
Déléguée du Chili
Présidente de la 140e session du
Comité exécutif

Mirta Roses Periago
Directrice du
Bureau sanitaire panaméricain
Secrétaire de droit de la
140e session du Comité exécutif

ORDRE DU JOUR

1. OUVERTURE DE LA SESSION

2. QUESTIONS RELATIVES AU REGLEMENT

- 2.1 Constitution de la Commission de vérification des pouvoirs
- 2.2 Élection du Président, de deux Vice-Présidents et du Rapporteur
- 2.3 Création d'un groupe de travail chargé d'étudier l'application de l'article 6.B de la Constitution de l'OPS
- 2.4 Constitution de la Commission générale
- 2.5 Adoption de l'ordre du jour
- 2.6 Amendements au Règlement intérieur de la Conférence sanitaire panaméricaine

3. QUESTIONS RELATIVES A LA CONSTITUTION

- 3.1 Rapport annuel du Président du Comité exécutif
- 3.2 Rapports du Bureau sanitaire panaméricain
 - a) Rapport Quinquennal 2003-2007 du Directeur du Bureau sanitaire panaméricain
 - b) Santé dans les Amériques
- 3.3 Élection du Directeur du Bureau sanitaire panaméricain et nomination du Directeur régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour les Amériques
- 3.4 Élection de trois États membres au Comité exécutif à terme des mandats du Canada, Cuba, et du Venezuela

4. QUESTIONS RELATIVES A LA POLITIQUE DES PROGRAMMES

- 4.1 Projet de plan stratégique 2008-2012
- 4.2 Projet de budget programme 2008-2009
- 4.3 Élimination de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale au sein des Amériques : Rapport de situation
- 4.4 Grippe aviaire et grippe pandémique: Rapport de situation
- 4.5 Paludisme dans les Amériques : Rapport de situation
- 4.6 Cibles régionales en matière de ressources humaines en santé 2007-2015
- 4.7 Table ronde sur la sécurité sanitaire internationale
- 4.8 Hôpitaux sûrs : Une initiative régionale sur les installations sanitaires résistantes aux catastrophes
- 4.9 Stratégies de renforcement des statistiques d'état civil et de la santé dans les pays des Amériques
- 4.10 Visages, voix et lieux : Réponse des communautés aux Objectifs du Millénaire pour le développement
- 4.11 Prévention et contrôle de la dengue au sein des Amériques : Approche intégrée et enseignements tirés
- 4.12 Politique et stratégie régionale pour assurer la qualité des soins de santé, y compris la sécurité des patients

5. Questions administratives et financières

- 5.1 Normes comptables internationales pour le secteur public
- 5.2 Fonds directeur d'investissement
- 5.3 Rapport sur le recouvrement des contributions
- 5.4 Rapport financier partiel du Directeur pour 2006
- 5.5 Rapport sur les activités de l'Unité des Services de contrôle interne
- 5.6 Nomination de l'Auditeur externe
- 5.7 Traitement du Directeur du Bureau sanitaire panaméricain

6. QUESTIONS RELATIVES AUX COMITES

- 6.1 Sélection d'un État Membre de la Région des Amériques habilité à désigner une personne au Conseil conjoint de coordination du Programme spécial de recherche et formation de l'UNICEF/PNUD/Banque mondiale/OMS concernant les maladies tropicales (TDR) à l'expiration du mandat de Cuba

7. Prix

- 7.1 Prix d'administration de l'OPS 2007
- 7.2 Prix Abraham Horwitz pour la direction en santé interaméricaine 2007
- 7.3 Prix Manuel Velasco Suárez de bioéthique 2007

8. Questions soumises pour information

8.1 Rapport du Comité consultatif de la recherche en santé

8.2 Résolutions et autres actions de la Soixantième
Assemblée mondiale de la Santé revêtant un intérêt pour le
Comité régional

9. Autres questions

10. Clôture de la session

LISTE DE DOCUMENTS

Documents officiels

Official Document 326	Interim Financial Report of the Director for 2006
Official Document 327	Proposed Program Budget 2008-2009
Official Document 328	Proposed Strategic Plan 2008-2012
Official Document 329	Quinquennial Report 2003-2007 of the Director of the Pan American Sanitary Bureau
Scientific and Technical Publication 622	Health in the Americas

Rapport final

CSP27/PFR	Rapport final préliminaire
-----------	----------------------------

Documents de travail

CSP27/1, Rév. 2	Ordre du jour
CSP27/2, Rév. 2	Liste des participants
CSP27/3	Amendements au Règlement intérieur de la Conférence sanitaire panaméricaine
CSP27/4	Rapport annuel du Président du Comité exécutif
CSP27/5	Élection du Directeur du Bureau sanitaire panaméricain et nomination du Directeur régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour les Amériques
CSP27/6, Rév. 1	Élection de trois États membres au Comité exécutif au terme des mandats du Canada, Cuba, et du Venezuela

Documents de travail (*cont.*)

CSP27/7	Élimination de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale au sein des Amériques : Rapport de situation
CSP27/8	Grippe aviaire et pandémie de grippe : Rapport de situation
CSP27/9	Paludisme dans les Amériques : Rapport de situation
CSP27/10	Cibles régionales en matière de ressources humaines en santé 2007-2015
CSP27/11	Table ronde sur la sécurité sanitaire internationale
CSP27/11, Add. I	Ordre du jour provisoire : Table ronde sur la sécurité sanitaire internationale
CSP27/11, Add. II	Rapport final de la sécurité sanitaire internationale : Mise en oeuvre du Règlement sanitaire international (RSI (2005)
CSP27/12	Hôpitaux sûrs : Une initiative régionale sur les installations sanitaires résistantes aux catastrophes
CSP27/13	Stratégies de renforcement des statistiques d'état civil et de la santé dans les pays des Amériques
CSP27/14	Visages, voix et lieux : Réponse des communautés aux Objectifs du Millénaire pour le développement
CSP27/15	Prévention et contrôle de la dengue au sein des Amériques : Approche intégrée et enseignements tirés
CSP27/16	Politique et stratégie régionale pour assurer la qualité des soins en santé, y compris la sécurité des patients
CSP27/16, Corrig.	Politique et stratégie régionale pour assurer la qualité des soins en santé, y compris la sécurité des patients
CSP27/17	Normes comptables internationales du secteur public
CSP27/18	Fonds directeur d'investissement
CSP27/19	Rapport sur le recouvrement des contributions

Documents de travail (*cont.*)

CSP27/19, Add. I	Rapport sur le recouvrement des contributions
CSP27/20	Rapport sur les activités de l'Unité des Services de contrôle interne
CSP27/21	Nomination de l'Auditeur externe
CSP27/22	Traitement du Directeur du Bureau sanitaire panaméricain
CSP27/23	Sélection d'un État Membre de la Région des Amériques habilité à désigner une personne au Conseil conjoint de coordination du Programme spécial de recherche et formation de l'UNICEF/PNUD/Banque mondiale/OMS concernant les maladies tropicales (TDR) à l'expiration du mandat de Cuba
CSP27/24	Prix d'administration de l'OPS 2007
CSP27/25	Prix Abraham Horwitz pour la direction en santé interaméricaine 2007
CSP27/26	Prix Manuel Velasco Suárez de bioéthique 2007

Documents d'information

CSP27/INF/1	Report of the Advisory Committee on Health Research
CSP27/INF/2	Resolutions and Other Actions of the Sixtieth World Health Assembly of Interest to the Regional Committee

Documents divers

CSP27/DIV/1	Information pour les délégués (<i>en anglais</i>)
CSP27/DIV/2	Paroles de bienvenue par la Directrice du Bureau sanitaire panaméricain, Dr Mirta Roses Periago (<i>en anglais</i>)

Documents divers (*cont.*)

- CSP27/DIV/3 Paroles de bienvenue du représentant du pays hôte par le Secrétaire d'État à la santé et services humains des États-Unis d'Amérique, Monsieur Mike Leavitt (*en anglais*)
- CSP27/DIV/4 Discours par le Coordinateur National et Envoyé Spécial aux Amériques, Ve Sommet des Amériques, l'Ambassadeur Luis Alberto Rodríguez (*en anglais*)
- CSP27/DIV/5 Message du Directeur Régional de l'UNICEF pour l'Amérique latine et la Caraïbe, M. Nils Kastberg (*en espagnol*)
- CSP27/DIV/6 Allocution par le Secrétaire Général Adjoint de l'Organisation d'États Américains, l'Ambassadeur Albert Ramdin (*en anglais*)
- CSP27/DIV/7 Allocution par la Directrice générale de l'Organisation mondiale de la Santé, Dr Margaret Chan (*en anglais*)
- CSP27/DIV/8 Discours de remerciement, Directrice élue du Bureau sanitaire panaméricain(*en anglais*)
- CSP27/DIV/9 Prix d'administration de l'OPS 2007, Dr Armando Mariano Reale (*en espagnol*)
- CSP27/DIV/10 Prix Abraham Horwitz pour la direction en santé interaméricaine 2007, Dr María Cristina Escobar Fritzsche (*en espagnol*)
- CSP27/DIV/11 Prix Manuel Velasco Suárez de bioéthique 2007, Dr Jorge Alberto Álvarez Díaz (*en espagnol*)
- CSP27/DIV/12 Discours de la Première Dame de la République dominicaine, Dr Margarita Cedeño de Fernández, sur l'élimination de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale au sein des Amériques (*en anglais*)

**LIST OF PARTICIPANTS
LISTA DE PARTICIPANTES**

**Member States
Estados Miembros**

***Antigua and Barbuda
Antigua y Barbuda***

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Hon. H. John Maginley
Minister of Health, Sports, and Youth Affairs
Ministry of Health, Sports, and Youth Affairs
St. John's

Delegates – Delegados

Ms. Rhonda Sealey-Thomas
Acting Chief Medical Officer
Ministry of Health, Sports, and Youth Affairs
St. John's

Ms. Anne Marie Layne
Minister Counselor
Permanent Mission of Antigua and Barbuda to the
Organization of American States
Washington D.C.

Argentina

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Ginés González García
Ministro de Salud y Ambiente de la Nación
Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación
Buenos Aires

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

Argentina (cont.)

Delegates – Delegados

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

Dr. Juan Manzur
Ministro de Salud Pública de Tucumán
Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación
Tucumán

Alternates – Alternos

Lic. Sebastián Tobar
Director, Coordinación de Relaciones Sanitarias
Internacionales
Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación
Buenos Aires

Dr. Fernando Gore
Ministro de Salud Pública y Seguridad
Social de Neuquén
Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación
Neuquén

Dra. Graciela Di Perna
Secretaria de Salud Pública de Chubut
Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación
Chubut

Sra. Rosa Delia Gómez Durán
Representante Alterna de Argentina
ante la Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

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

Argentina (cont.)

Alternates – Alternos (*cont.*)

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

Bahamas

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Hon. Dr. Hubert Alexander Minnis, MP
Minister of Health and Social Development
Ministry of Health and Social Development
Nassau

Delegates – Delegados

Mrs. Barbara Burrows
Permanent Secretary
Ministry of Health and Social Development
Nassau

Dr. Merceline Dahl-Regis
Chief Medical Officer
Ministry of Health and Social Development
Nassau

Alternates – Alternos

Dr. Pearl McMillan
Medical Officer/Planning
Ministry of Health and Social Development
Nassau

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

Bahamas (*cont.*)

Alternates – Alternos (*cont.*)

Dr. Calae Dorsett-Henry
Acting Medical Staff Coordinator
Ministry of Health and Social Development
Nassau

Ms. Rhoda Jackson
Charge'd' Affaires and Interim Representative
Permanent Mission of The Bahamas
to the Organization of American States
Washington, DC

Mr. Chet Neymour
Counselor, Alternate Representative of The Bahamas
to the Organization of American States
Washington, DC

Mr. Eugene Tochon Newry
First Secretary, Alternate Representative of The Bahamas
to the Organization of American States
Washington, DC

Mrs. Monique Vanderpool
Second Secretary, Alternate Representative of The Bahamas
to the Organization of American States
Washington, DC

Ms. Charice Rolle
Second Secretary, Alternate Representative of The Bahamas
to the Organization of American States
Washington, DC

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

Bahamas (cont.)

Alternates – Alternos (*cont.*)

Dr. Mercelene Dahl-Regis
Chief Medical Officer
Ministry of Health and Social Development
Nassau

Mr. Chet Neymour
Counsellor
Embassy of the Commonwealth of the
Bahamas to the United States of America
Washington, D.C

Mr. Eugene Torchon-Newry
First Secretary
Embassy of the Commonwealth of the
Bahamas to the United States of America
Washington, D.C

Dr. Pearl McMillan
Medical Officer/Planning
Ministry of Health and Social Development
Nassau

Ms. Monique Vanderpool
Second Secretary
Embassy of the Commonwealth of the
Bahamas to the United States of America
Washington, D.C.

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

Barbados

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegates – Delegados

His Excellency Mr. Michael King
Ambassador
Permanent Representative of Barbados to
the Organization of the American States
Washington, D.C.

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

Alternates – Alternos

Dr. Erwin Arthur Phillips
Clinical Medical Officer
Ministry of Health
St. Michael

Ms. Donna Forde
Counsellor
Permanent Mission of Barbados to the
Organization of American States
Washington, D.C.

Mr. Ricardo Kellman
First Secretary
Permanent Mission of Barbados to the
Organization of American States
Washington, D.C.

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

Belize

Belice

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Jorge Polanco
Director of Health Services
Ministry of Health, Local Government,
Transport and Communications
Belmopan City

Bolivia

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dra. Nila Heredia Miranda
Ministra de Salud y Deportes
Ministerio de Salud y Deportes
La Paz

Delegates – Delegados

Dr. Germán Crespo
Director de Cooperación Externa
Ministerio de Salud y Deportes
La Paz

Sra. Gisela Vaca
Representante Alternativa de Bolivia
ante la Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

Alternates – Alternos

Dra. Janette Vidaurre
Coordinadora de Relaciones Internacionales
y Cooperación Externa
Ministerio de Salud y Deportes
La Paz

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

Bolivia (cont.)

Alternates – Alternos (*cont.*)

Sra. Erica Dueñas
Consejera
Misión Permanente de Bolivia ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

Brazil
Brasil

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Paulo Marchiori Buss
Presidente
Fundação Oswaldo Cruz
Rio de Janeiro

Delegates – Delegados

Dr. Francisco Eduardo de Campos
Secretário de Gestão do Trabalho
e da Educação na Saúde
Ministério da Saúde
Brasília

Dr. Eduardo Hage Carmo
Diretor do Departamento de
Vigilância Epidemiológica
Ministério da Saúde
Brasília

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

Brazil (cont.)

Brasil (cont.)

Alternates – Alternos

Sr. Santiago Luís Bento Fernandez Alcázar
Conselheiro
Assessor Especial do Ministro da Saúde
Ministério da Saúde
Brasília

Sra. Juliana Vieira Borges Vallini
Assessora Jurídica do Programa Nacional
DST/AIDS
Ministério da Saúde
Brasília

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

Sr. Daniel Ferreira
Representante Alterno do Brasil junto à
Organização dos Estados Americanos
Washington, D.C.

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

Canada
Canadá

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Hon. Tony Clement
Minister of Health
Health Canada
Ottawa

Delegates – Delegados

Ms. Susan Vinet
Associate Deputy Minister of Health
Ministry of Health
Ottawa

Ms. Bersabel Ephrem
Director General
International Affairs Directorate
Health Canada
Ottawa

Alternates – Alternos

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

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

Canada (cont.)

Canadá (cont.)

Alternates – Alternos (cont.)

Ms. Carolina Seward Smith
Policy Analyst
PAHO/Americas, International
Affairs Directorate
International Health Policy and
Communication Division
Health Canada
Ottawa, Ontario

Mr. Robert Clarke
Assistant Deputy Minister
Office of the Deputy Public Chief Health Officer
Public Health Agency
Ottawa, Ontario

Ms. Jane Billings
Senior Assistant
Assistant Deputy Minister's Office
Public Health Agency
Ottawa, Ontario

Ms. Lisa Hrynuik
Manager
Development and Partnerships Division
Public Health Agency
Ottawa, Ontario

Mrs Hélène Valentini
Coordinator of International Cooperation
National Institute of Public Health
Quebec

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

Canada (*cont.*)
Canadá (*cont.*)

Alternates – Alternos (*cont.*)

Mr. Jim Millar
Chief of Program Delivery
Health and Social Services
Government of Nova Scotia
Halifax

Ms. Nathalie Brinck
Health Specialist
Canadian International Development Agency
Gatineau, Quebec

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

Chile

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dra. María Soledad Barría
Ministra de Salud
Ministerio de Salud
Santiago

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

Chile (cont.)

Delegates – Delegados

Excelentísimo Sr. Pedro Oyarce
Embajador, Representante Permanente de Chile
ante la Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

Dr. Osvaldo Salgado Zepeda
Jefe de la Oficina de Cooperación y
Asuntos Internacionales
Ministerio de Salud
Santiago

Alternates – Alternos

Sra. Natalia Meta Buscaglia
Coordinadora de Proyectos
Oficina de Cooperación y Asuntos Internacionales
Ministerio de Salud
Santiago

Dr. Pedro Crocco
Jefe, División de Prevención y Control
de Enfermedades
Ministerio de Salud
Santiago

Sr. Luis Petit-Laurent
Secretario, Misión Permanente de Chile ante
la Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

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

Colombia

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Excelentísimo Sr. Camilo Ospina
Embajador, Representante Permanente de Colombia
ante la Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

Delegate – Delegado

Sra. Sandra Mikan
Segunda Secretaria, Representante Alterno de
Colombia ante la Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

Costa Rica

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dra. Rossana García González
Directora General de Salud
Ministerio de Salud
San José

Cuba

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

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

Cuba (cont.)

Delegate – Delegado

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

Sr. Dagoberto Rodríguez Barrera
Jefe de la Sección de Intereses
Washington, D.C.

Alternates – Alternos

Sr. Gerardo Millán
Primer Secretario
Sección de Intereses
Washington, D.C.

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

Sr. Damián Cordero Torres
Segundo Secretario
Sección de Intereses
Washington, D.C.

Dominica

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Hon. John Fabien
Minister of Health and Social Security
Ministry of Health and Social Security
Government Headquarters
Roseau

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

Dominican Republic
República Dominicana

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Bautista Rojas Gómez
Subsecretario de Estado de Salud Pública y Asistencia Social
Secretaría de Salud Pública y Asistencia Social
Santo Domingo

Delegates – Delegados

Dra. Tirsis Quezada
Asistente Técnica del Despacho
Secretaría de Salud Pública y Asistencia Social
Santo Domingo

Sr. José Luis Domínguez Brito
Consejero, Representante Alterno de la
República Dominicana ante la Organización
de los Estados Americanos
Washington, D.C.

Ecuador

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dra. Caroline Chang
Ministra de Salud Pública
Ministerio de Salud Pública
Quito

Delegates – Delegados

Excelentísimo Sr. Efrén A. Cocós
Embajador de Ecuador ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

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

Ecuador (cont.)

Delegates – Delegados (*cont.*)

Sr. Mariuxi Vera Vera
Asistente de la Ministra de Salud
Ministerio de Salud Pública
Quito

Alternates – Alternos

Dr. Jorge Icaza
Representante Alterno
Misión Permanente del Ecuador ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

Sr. José María Borja
Ministro
Representante Alterno
Misión Permanente del Ecuador ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

El Salvador

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. José Guillermo Maza Brizuela
Ministro de Salud Pública y Asistencia Social
Ministerio de Salud Pública y
Asistencia Social
San Salvador

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

El Salvador

Delegates – Delegados

Dr. Humberto Alcides Urbina
Director General de Salud
Ministerio de Salud Pública y
Asistencia Social
San Salvador

Sra. Carolina Sánchez
Consejera
Misión Permanente de El Salvador ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

France
Francia

Chief Delegate – Jefe de Delegación

M. Georges Vaugier
Ambassadeur, Observateur permanent de la France
près l'Organisation des États Américains
Washington, D.C.

Delegates – Delegados

Mme Elizabeth Connes-Roux
Observatrice permanente adjointe de la France près
de l'Organisation des États Américains
Washington, D.C.

Professeur Jacques Drucker
Conseiller santé près l'Ambassade de France
aux États-Unis
Washington, D.C.

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

France (*cont.*)
Francia (*cont.*)

Alternate – Alterno

M. Dominique Maison
Ingénieur du génie sanitaire
Direction départementale des affaires sanitaires et sociales
Guyane

Grenada
Granada

Chief Delegate – Jefe de Delegación

His Excellence Mr. Denis Antoine
Ambassador, Permanent Mission of Grenada
to the Organization of American States
Washington, D.C.

Delegates – Delegados

Ms. Patricia Clarke
Alternate Delegate, Permanent Mission of Grenada
to the Organization of American States
Washington, D.C.

Ms. Yolanda Smith
Alternate Delegate, Permanent Mission of Grenada
to the Organization of American States
Washington, D.C.

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

Guatemala

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Lic. Alfredo Privado
Ministro de Salud Pública
y Asistencia Social
Ministerio de Salud Pública
y Asistencia Social
Ciudad de Guatemala

Delegates – Delegados

Sra. Dra. Amelia Flores González
Viceministra Técnica de Salud Pública
y Asistencia Social
Ministerio de Salud Pública
y Asistencia Social
Ciudad de Guatemala

Lic. Ana Cristina Ramírez Arias
Asesora Financiera
Ministerio de Salud Pública
y Asistencia Social
Ciudad de Guatemala

Alternates – Alternos

Dr. Juan Carlos Castro Quiñónez
Asesor del Ministro
Ministerio de Salud Pública
y Asistencia Social
Ciudad de Guatemala

Excelentísimo Sr. Francisco Villagrán
Embajador, Representante Permanente de Guatemala
ante la Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

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

Guatemala (cont.)

Alternates – Alternos (*cont.*)

Lic. Rita Claverie de Sciolli
Ministro Consejero
Misión Permanente de Guatemala
ante la Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

Lic. Jorge Contreras
Primer Secretario, Misión Permanente de Guatemala
ante la Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

Guyana

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Hon. Dr. Leslie Ramsammy
Minister of Health
Ministry of Health
Georgetown

Haiti

Haití

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr Robert Auguste
Ministre de la Santé publique
et de la Population
Ministère de la Santé publique
et de la Population
Port-au-Prince

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

Haiti (cont.)

Haití (cont.)

Delegates – Delegados

Dr Gadner Michaud
Directeur général
Ministère de la Santé publique
et de la Population
Port-au-Prince

Dr Ariel Henry
Membre du Cabinet
Ministère de la Santé publique
et de la Population
Port-au-Prince

Alternate – Alterno

M. Duly Brutus
Ambassadeur, Représentant Permanent
Mission permanente d'Haïti près
l'Organisation des États Américains
Washington, D.C.

Honduras

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Jenny Meza Paguada
Ministra de Salud
Secretaría de Estado en el Despacho de Salud
Tegucigalpa, D.C.

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

Honduras (cont.)

Delegates – Delegados

Sr. Carlos Sosa Coello
Embajador Extraordinario y Plenipotenciario
Misión Permanente de Honduras ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

Sra. Leslie Martínez
Representante Alterna
Misión Permanente de Honduras ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

Jamaica

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Hon. Rudyard Spencer
Minister of Health
Ministry of Health
Kingston

Delegates – Delegados

Dr. Sheila Campbell-Forrester
Acting Chief Medical Officer
Ministry of Health
Kingston

Dr. Lella McWhinney-Dehaney
Chief Nursing Officer
Ministry of Health
Kingston

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

Mexico
México

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. José Ángel Córdova Villalobos
Secretario de Salud
Secretaría de Salud
México, D. F.

Delegates – Delegados

Dr. Mauricio Hernández
Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud
Secretaría de Salud
México, D. F.

Dra. María de los Ángeles Fromow
Titular de la Unidad Coordinadora de Vinculación
y Participación Social
Secretaría de Salud
México, D.F.

Alternates – Alternos

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

Lic. Ana María Sánchez
Directora de Cooperación Bilateral y Regional
Secretaría de Salud
México, D.F.

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

Mexico (cont.)

México (cont.)

Alternates – Alternos (cont.)

Dr. Fernando Meneses
Coordinador de Asesores
Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud
Secretaría de Salud
México, D.F.

Lic. José F. Hernández Aguilar
Director General de Relaciones Internacionales
Secretaría de Salud
México, D.F.

Lic. Andrés Torres Scott
Director de Coordinación Institucional para
la Salud del Migrante
Secretaría de Salud
México, D.F.

Excelentísimo Sr. Gustavo Albin
Embajador, Representante Permanente de México ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

Sr. Héctor Alfredo Rangel Gómez
Primer Secretario, Misión Permanente de México
ante la Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

Embajador Eleazar Ruiz Ávila
Secretario Ejecutivo
Comisión Fronteriza México-Estados Unidos
México, D.F.

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

Netherlands
Países Bajos

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Mrs. Joan A. Berkel
State Secretary of Health
Ministry of Education, Public Health
and Social Development
Curaçao

Delegate – Delegado

Mr. Norberto Vieira-Ribeiro
Minister Plenipotentiary
Royal Netherlands Embassy
Washington, D.C.

Nicaragua

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Sra. Dra. Maritza Cuan Machado
Ministra de Salud
Ministerio de Salud
Managua

Delegates – Delegados

Dr. Juan J. Amador Velásquez
Director General de Vigilancia para la Salud Pública
Ministerio de Salud
Managua

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

Nicaragua (cont.)

Delegates – Delegados (cont.)

Lic. Denis R. Moncada Colindres
Representante Permanente
Misión Permanente de Nicaragua ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington D.C.

Alternates – Alternos

Sra. Nadine E. Lacayo Renner
Agregada Política
Misión Permanente de Nicaragua ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington D.C.

Lic. Julieta María Blandón Miranda
Primer Secretario
Misión Permanente de Nicaragua ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington D.C.

Panama
Panamá

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dra. Rosario Turner
Ministra de Salud
Ministerio de Salud
Ciudad de Panamá

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

Panama (cont.)

Panamá (cont.)

Delegates – Delegados

Sr. Cirilo Lawson
Director General de Salud Pública
Ministerio de Salud
Ciudad de Panamá

Lic. Ilonka Pusztay
Directora
Asuntos Internacionales
Ministerio de Salud
Ciudad de Panamá

Alternates – Alternos

Sra. Sandra Sotillo
Directora de Comunicaciones
Ministerio de Salud
Ciudad de Panamá

Sr. Daniel Espinoza
Comunicaciones
Ministerio de Salud
Ciudad de Panamá

Sr. Samuel Tejada
Comunicaciones
Ministerio de Salud
Ciudad de Panamá

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

Paraguay

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dra. Norma Duré de Bordón
Viceministra de Salud Pública y
Bienestar Social
Ministerio de Salud Pública y
Bienestar Social
Asunción

Delegates – Delegados

Dr. Roberto E. Dullak Peña
Director General de Planificación
y Evaluación
Ministerio de Salud Pública y
Bienestar Social
Asunción

Sra. Sonia Quiroga
Segunda Secretaria
Misión Permanente de Paraguay ante la Organización
de los Estados Americanos
Washington, D.C.

Peru
Perú

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Excelentísimo Sr. Antero Florez Araoz
Embajador, Representante Permanente del Perú ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

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

Peru (cont.)
Perú (cont.)

Delegates – Delegados

Sr. Alejandro Riveros
Ministro, Representante Alterno del Perú ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

Sr. Giancarlo Gálvez
Tercer Secretario, Representante Alterno del Perú ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

Saint Kitts and Nevis
Saint Kitts y Nevis

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Hon. Rupert Emmanuel Herbert
Minister of Health and Environment
Ministry of Health and Environment
Basseterre

Delegates – Delegados

Mr. Andrew Skerritt
Health Planner
Ministry of Health and Environment
Basseterre

Dr. Izben C. Willians
Ambassador
Embassy and Permanent Mission
of St. Kitts and Nevis
Washington, D.C.

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

Saint Lucia
Santa Lucía

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Honourable Dr. Keith Mondesir
Minister for Health, Wellness, Human Services,
Family Affairs and Gender Relations
Ministry for Health, Wellness, Human Services,
Family Affairs and Gender Relations
Castries

Delegates – Delegados

Dr. Stephen James King
Medical Advisor
Ministry for Health, Wellness, Human Services,
Family Affairs and Gender Relations
Castries

Dr. Josiah Rambally
Chief Medical Officer
Ministry for Health, Wellness, Human Services,
Family Affairs and Gender Relations
Castries

Alternate – Alterno

Dr. Clenie Greer-Lacascade
Minister Councillor
Embassy of Saint Lucia
Washington D.C.

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

Saint Vincent and the Grenadines
San Vicente y las Granadinas

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Ms. La Celia A. Prince
Minister Counselor, Alternate Representative of
Saint Vincent and the Grenadines to the
Organization of American States
Washington, D.C.

Delegate – Delegado

Mr. Frank Montgomery Clarke
Counselor, Alternate Representative of
Saint Vincent and the Grenadines to the
Organization of American States
Washington, D.C.

Suriname

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Hon. Dr. Celsius Waterberg
Minister of Health
Ministry of Health
Paramaribo

Delegates – Delegados

Ms. Sabitadevie Nanhoe-Gangadin
Coordinator International Relations of the MOH
Ministry of Health
Paramaribo

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

Suriname (cont.)

Delegates – Delegados (*cont.*)

Dr. Robert Brohim
Policy Advisor and Coordinator of Primary Health Care
Ministry of Health
Paramaribo

Trinidad and Tobago
Trinidad y Tabago

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Ms. Sandra Jones
Acting Permanent Secretary
Ministry of Health
Port-of-Spain

Delegates – Delegados

Dr. Rohit Doon
Chief Medical Officer
Ministry of Health
Port-of-Spain

Her Excellency Ms. Marina Valere
Ambassador Extraordinary and
Plenipotentiary
Embassy of the Republic of
Trinidad and Tobago
Washington, D.C.

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

Trinidad and Tobago (cont.)
Trinidad y Tabago (cont.)

Alternate – Alterno

Mr. Garth Andrews Lamsee
First Secretary
Embassy of the Republic of
Trinidad and Tobago
Washington, D.C.

United Kingdom
Reino Unido

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Mr. Will Niblett
Team Leader for Global Affairs
Department of Health
London

Delegates – Delegados

Hon. Anthony S. Eden, OBE, J.P.
Minister of Health and Human Services
Ministry of Health and Human Services
Cayman Islands

Mr. Alfonso Wright
Deputy Speaker and Member of the Legislative
Assembly for the District of George Town
Cayman Islands

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

United Kingdom (*cont.*)
Reino Unido (*cont.*)

Alternates – Alternos

Mr. Leonard Dilbert JP
Deputy Chief Officer
Health and Human Services Department
Cayman Islands

Dr. A. Kiran Kumar
Acting Chief Medical Officer
Health and Human Services Department
Cayman Islands

Hon. Evans McNiel Rogers
Minister of Health and Social Development
Ministry of Health and Social Development
Anguilla

Dr. Lynrod Brooks
Health Planner
Ministry of Health and Social Development
Anguilla

Hon. Dr. John Osborne
Minister of Health and Community Services
Ministry of Health and Community Services
Montserrat

Ms. Judith Jeffers
Assistant Secretary
Ministry of Health and Community Services
Montserrat

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

United States of America
Estados Unidos de América

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Hon. Michael O. Leavitt
Secretary of Health and Human Services
Department of Health and Human Services
Washington, D.C.

Delegates – Delegados

Dr. William Steiger
Assistant to the Secretary for International Affairs
Department of Health and Human Services
Washington, D.C.

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

Alternates – Alternos

Mr. Mark Abdoo
International Health Analyst
Office of Global Health Affairs
Department of Health and Human Services
Washington, D.C.

Ms. Rosaly Correa de Araujo
Director, Americas Region
Office of Global Health Affairs
Department of Health and Human Services
Washington, D.C.

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

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

Alternates – Alternos (*cont.*)

Mr. Michael Glover
Director
Office of Technical and Specialized Agencies
Bureau of International Organization Affairs
Department of State
Washington, D.C.

Dr. Erik Janowsky
Population, Health and Nutrition Team Leader
Latin American and Caribbean Bureau
Agency for International Development
Washington, D.C.

Mr. Michael W. Miller
Senior Advisor for Health Diplomacy
Office of Global Health Affairs
Department of Health and Human Services
Rockville, Maryland

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

Dr. Stephen Blount
Director, Coordinating Office on Global Health
Centers for Disease Control and Prevention
Atlanta, Georgia

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

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

Alternates – Alternos (*cont.*)

Ms. Margaret Jones
International Affairs Advisor
Avian Influenza Action Group
Department of State
Washington, D.C.

Dr. Jay McAuliffe
Senior Policy Officer for the Americas
Centers for Disease Control and Prevention
Department of Health and Human Services
Atlanta, Georgia

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

Mr. David Silverman
Assistant Summit Coordinator
Office of Regional Economic Policy and
Summit Coordination
Bureau of Western Hemisphere
Department of State
Washington, D.C.

Ms. Elizabeth Yuan
International Health Analyst
Office of Global Health Affairs
Department of Health and Human Services
Rockville, Maryland

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

Uruguay

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dra. María Julia Muñoz
Ministra de Salud Pública
Ministerio de Salud Pública
Montevideo

Delegates – Delegados

Excelentísima Dra. Luján Flores
Embajadora del Uruguay ante
la Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

Sra. Adriana Rodríguez
Secretaria
Misión Permanente del Uruguay ante
la Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

Venezuela

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Sra. Dra. Nancy Pérez
Viceministra de Salud Colectiva
Ministerio del Poder Popular para la Salud
Caracas

Delegate – Delegado

Dra. July Cermeño
Director General de Epidemiología y
Análisis Estratégico
Ministerio del Poder Popular para la Salud
Caracas

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

Venezuela (cont.)

Delegate – Delegado (cont.)

Dra. Carmen Velásquez de Visbal
Ministro Consejero
Misión Permanente de la República Bolivariana de Venezuela
ante la Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

Associate Members
Miembros Asociados

Puerto Rico

Dr. Raúl G. Castellanos Bran
Asesor del Secretario de Salud
Departamento de Salud
San Juan

Observer States
Estados Observadores

Spain
España

Sr. José M. de la Torre
Observador Permanente Alternativo de España
ante la Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

Observer States (cont.)
Estados Observadores (cont.)

Spain (cont.)
España (cont.)

Sra. Elena Martín-Asín
Subdirectora General Adjunta de
Relaciones Internacionales
Ministerio de Sanidad y Consumo
Madrid

Sra. Natividad Nalda
Jefa de Servicio de Relaciones
Internacionales
Ministerio de Sanidad y Consumo
Madrid

Special Guests
Invitados Especiales

Excelentísima Dra. Margarita Cedeño de Fernández
Primera Dama
República Dominicana

Dr. Camilo Alleyne
Presidente del Grupo de Trabajo sobre
la Agenda de Salud
Panamá

Dr. Luis Alberto Rodriguez
National Coordinator and Special Envoy
to the Americas
V Summit of the Americas

**Representatives of the Executive Committee
Representantes del Comité Ejecutivo**

Hon. H. John Maginley
Minister of Health, Sports, and Youth Affairs
Ministry of Health, Sports, and Youth Affairs
St. John's, Antigua and Barbuda

Sra. Dra. Nancy Pérez
Viceministra de Salud Colectiva
Ministerio del Poder Popular para la Salud
Caracas, Venezuela

**Award Winners
Ganadores de los Premios**

***PAHO Award for Administration 2007
Premio OPS en Administración 2007***

Dr. Armando Mariano Reale
Argentina

***Abraham Horwitz Award for Leadership in Inter-American Health 2007
Premio Abraham Horwitz al Liderazgo en la Salud Interamericana 2007***

Dr. María Cristina Escobar
Chile

***Manuel Velasco-Suárez Award in Bioethics 2007
Premio Manuel Velasco-Suárez en Bioética 2007***

Dr. Jorge Alberto Álvarez Díaz
Mexico

**United Nations and Specialized Agencies
Naciones Unidas y Agencias Especializadas**

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

Mr. Nils Kastberg
Ms. Jean Gough

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

***Andrés Bello Agreement
Convenio Andrés Bello***

Dr. Elmer Escobar

***Caribbean Community
Comunidad del Caribe***

Dr. Edward Greene
Dr. Rudolph O. Cummings

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

Mr. Fernando Flores
Ms. Inés Bustillo

***Hipólito Unanue Agreement
Convenio Hipólito Unanue***

Dr. Patricio Yépez

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

Inter-American Development Bank
Banco Interamericano de Desarrollo

Sr. Andre Medici
Dr. Wolfgang Munar

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

Dr. James Butler
Sr. Christopher Hansen

Organization of American States
Organización de Estados Americanos

Amb. Albert R. Ramdin

Representatives of Nongovernmental Organizations
Representantes de Organizaciones No Gubernamentales

American Society for Microbiology
Sociedad Interamericana de Microbiología

Ms. Lily Schuermann
Ms. Lynée M Galley

American Nurses Association
Asociación Americana de Enfermeras

Ms. Linda Stierle

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

Global Health Council
Consejo Mundial de Salud

Ms. Nasima Hossain
Mr. Cosmin Florescu

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

Ing. Julio Suero Marranzini

International Catholic Committee of Nurses and Medical-Social Assistants
Comité Internacional Católico de Enfermeras y Asistentes Médico-Sociales

Ms. Joan Doherty

International Commission on Occupational Health
Comisión Internacional de Salud Ocupacional

Dr. Marilyn Fingerhut

International Council for Control of Iodine Deficiency Disorders
Consejo Internacional para la Lucha contra los Trastornos por Carencia de Yodo

Dr. Eduardo Pretell
Mr. David Haxton

International Federation of Pharmaceutical Manufacturers Associations
Federación Internacional de la Industria del Medicamento

Mr. Richard Kjeldgaard
Mr. Corry Jacobs
Ms. Amy Jackson
Mr. Paul Davies

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

International Federation of Pharmaceutical Manufacturers Associations (cont.)
Federación Internacional de la Industria del Medicamento (cont.)

Mr. Henry Pistell
Ms. Susan Crowley
Ms. Tiffany Atwell
Ms. Evelyn Boyd Simmons

International Society of Radiographers and Radiological Technologists
Sociedad Internacional de Radiógrafos y Técnicos de Radiología

Mrs. Patricia Johnson

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

Dr. Edgar C. Jarillo Soto

Latin American Association of Pharmaceutical Industries
Asociación Latinoamericana de Industrias Farmacéuticas

Dr. Rubén Abete

Latin American Federation of Hospitals
Federación Latinoamericana de Hospitales

Sr. Norberto Larroca

Medical Women's International Association
Asociación Internacional de las Mujeres Médicas

Dr. Jean L. Fourcroy

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

National Institute for Occupational Safety and Health
Instituto Nacional de Seguridad y Salud Ocupacional

Ms. Jane Hingston

The International Federation of Medical Students' Associations
Federación Internacional de Asociaciones de Estudiantes de Medicina

Mr. Kiran Surage

The National Alliance for Hispanic Health
La Alianza Nacional para la Salud Hispana

Ms. Marcela Gaitán

US Pharmacopeia

Dr. Victor Pribluda

World Association for Sexual Health
Asociación Mundial para la Salud Sexual

Dr. Eusebio Rubio-Aurioles

Mr. Eli Coleman

Ms. Esther Corona

World Self-Medication Industry
Industria Mundial de la Automedicación Responsable

Lic. Héctor Bolaños

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

Dr. Margaret Chan
Director-General
Geneva

Dr. Bill Kean
Director, Governing Bodies
Geneva

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

*Director and Secretary ex officio of the Conference
Directora y Secretaria ex officio de la Conferencia*

Dr. Mirta Roses Periago

*Advisers to the Director
Asesores de la Directora*

Dr. Cristina Beato
Deputy Director
Director Adjunto

Dr. Carissa Etienne
Assistant Director
Subdirectora

Mr. Michael A. Boorstein
Director of Administration
Director de Administración