



ORGANISATION PANAMERICAINE DE LA SANTE  
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE



## **42<sup>e</sup> CONSEIL DIRECTEUR**

### **52<sup>e</sup> SESSION DU COMITE REGIONAL**

*Washington, D.C., 25-29 septembre 2000*

---

*Point 3.1 de l'ordre du jour provisoire*

CD42/3 (Fr.)

10 juillet 2000

ORIGINAL : ANGLAIS

### **RAPPORT ANNUEL DU PRESIDENT DU COMITE EXECUTIF**

Conformément à l'Article 9.C de la Constitution de l'Organisation panaméricaine de la Santé, le rapport suivant fait état des activités réalisées par le Comité exécutif et ses divers sous-comités de septembre 1999 à septembre 2000. Pendant la période couverte par ce rapport, le Comité exécutif a tenu deux sessions : la 125<sup>e</sup> session, le 1er octobre 1999, et la 126<sup>e</sup> session du 26 au 29 juin. Le Sous-Comité de Planification et de Programmation a tenu sa 33<sup>e</sup> session les 2 et 3 décembre 1999 et sa 34<sup>e</sup> session les 29 et 30 mars 2000.

Les membres du Comité exécutif lors de la période couverte par ce rapport étaient : Antigua-et-Barbuda, Bolivie, Canada, Cuba, Equateur, Guyana, Mexique, Nicaragua et les Etats-Unis d'Amérique. A la 125<sup>e</sup> session ont assisté les délégués de Bolivie, Canada, Cuba, Equateur, Guyana, Mexique et les Etats-Unis d'Amérique. Les délégués des Etats Membres suivants étaient également présents en qualité d'observateurs : Argentine, Chili, Colombie et Pérou. A la 126<sup>e</sup> ont assisté les délégués de Bolivie, Canada, Cuba, Equateur, Guyana, Mexique, Nicaragua et les Etats-Unis d'Amérique. Les représentants des Etats Membres suivants étaient également présents en qualité d'observateur : Costa Rica, France, Pérou et Uruguay. De plus, des représentants de quatre organisations intergouvernementales et de six organisations non gouvernementales étaient représentées.

Les Membres suivants du Comité ont été élus pour faire partie du Bureau de la 125<sup>e</sup> et la 126<sup>e</sup> sessions : Cuba (Président), Mexique (Vice-Président) et les Etats-Unis d'Amérique (Rapporteur).

Pendant la 125<sup>e</sup> session, Canada et Guyana ont été élus auprès du Sous-Comité de Planification et de Programmation à l'expiration du mandat de la Colombie et du Panama auprès du Comité exécutif. Le Nicaragua a été élu pour faire partie du Sous-Comité sur la Femme, la Santé et le Développement à l'expiration du mandat du Paraguay auprès du Comité exécutif. L'Equateur a été élu auprès du Comité permanent des organisations non gouvernementales à l'expiration du mandat du Paraguay auprès du Comité exécutif.

Le Comité a fixé les dates pour les 33<sup>e</sup> et 34<sup>e</sup> sessions du Sous-Comité de Planification et de Programmation (SPP); de la 126<sup>e</sup> session du Comité exécutif et du 42<sup>e</sup> Conseil directeur. Le Comité a également proposé des points pour l'ordre du jour provisoire des deux sessions du SPP. Un de ces points était l'examen des fonctions et des buts du SPP, entamé lors de la 33<sup>e</sup> session. Les détails sur les discussions et les recommandations qui ont suivi peuvent être consultés dans le Rapport final de la 33<sup>e</sup> session (document SPP33/FR). Les mesures prises par la suite par le Comité exécutif figurent dans le Rapport final de la 126<sup>e</sup> session (annexe B).

Lors de sa 125<sup>e</sup> session, le Comité a adopté huit décisions, lesquelles figurent, avec un sommaire des débats du Comité, dans le Rapport final de la 125<sup>e</sup> session (annexe A).

Pendant la 126<sup>e</sup> session, le Comité a désigné les délégués du Cuba et du Mexique pour le représenter auprès du 42<sup>e</sup> Conseil directeur, 52<sup>e</sup> session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques et a choisi les délégués de la Bolivie et des Etats-Unis d'Amérique, comme remplaçants de Cuba et du Mexique, respectivement. Il a également approuvé un ordre du jour provisoire pour le 42<sup>e</sup> Conseil directeur. Le Comité a pris connaissance des rapports du Sous-Comité de Planification et de Programmation, du Jury du Prix d'administration et du Comité permanent sur les organisations non gouvernementales.

Les points suivants de l'ordre du jour ont été discutés pendant la 126<sup>e</sup> session :

### **Questions relatives à la politique des programmes**

- Avant-projet du budget programme de l'Organisation mondiale de la Santé pour la Région des Amériques pour l'exercice financier 2002-2003
- Syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) dans les Amériques
- Vaccins et immunisation

- Evaluation du Programme régional de bioéthique
- Innocuité des aliments
- Maladies cardio-vasculaires : l'hypertension
- Dispositifs médicaux
- Harmonisation des réglementations pharmaceutiques
- Santé infantile
- Paludisme
- Agenda commun de l'OPS/BID/Banque mondiale pour la santé dans les Amériques
- Centenaire de l'Organisation panaméricaine de la Santé

#### **Questions administratives et financières**

- Rapport sur le recouvrement des contributions
- Rapport financier du Directeur et rapport du Commissaire aux Comptes pour 1998-1999
- Rapport du Commissaire aux Comptes sur la planification stratégique, la surveillance et l'évaluation au sein de l'OPS
- Bâtiments et autres locaux de l'OPS

#### **Questions relatives au personnel**

- Amendements au Règlement du personnel du BSP
- Déclaration du représentant de l'Association du Personnel du BSP

#### **Questions d'ordre général**

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

Lors de sa 126<sup>e</sup> session, le Comité exécutif a adopté 19 résolutions et sept décisions lesquelles figurent, avec un sommaire des interventions et des discussions sur chaque point, dans le Rapport final de la 126<sup>e</sup> session (annexe B).

Annexes

ORGANISATION PANAMERICAINE DE LA SANTE  
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE



# 125<sup>e</sup> SESSION DU COMITE EXECUTIF

*San Juan, Porto Rico, 1<sup>er</sup> octobre 1999*

---

CD42/3 (Fr.)

Annexe A

CE125/FR (Fr.)

1<sup>er</sup> octobre 1999

ORIGINAL : ENGLISH

**R A P P O R T   F I N A L**

## TABLE DES MATIERES

	<i>Page</i>
<b>Ouverture de la session</b> .....	4
<b>Questions relatives au règlement</b> .....	4
Election du bureau .....	4
Adoption de l'ordre du jour .....	4
<b>Questions relatives aux comités</b> .....	5
Election de deux Membres appelés à siéger au Sous-Comité de planification et de programmation.....	5
Election d'un Membre appelé à siéger au Sous-Comité pour la femme, la santé et le développement.....	5
Election d'un Membre appelé à siéger au Comité permanent sur les organisations non gouvernementales .....	5
<b>Questions relatives aux organes directeurs</b> .....	5
Dates et sujets proposés pour les 33 <sup>e</sup> et 34 <sup>e</sup> sessions du Sous-Comité de planification et de programmation.....	5
Dates de la 126 <sup>e</sup> session du Comité exécutif.....	6
Dates du 42 <sup>e</sup> Conseil directeur de l'OPS, 52 <sup>e</sup> session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques. ....	6
<b>Clôture de la session</b> .....	7
<b>Décisions</b>	
CE125 (D1) Adoption de l'ordre du jour.....	7
CE125 (D2) Election de deux Membres appelés à siéger au Sous-Comité de planification et de programmation.....	7
CE125 (D3) Election d'un Membre appelé à siéger au Sous-Comité pour la femme, la santé et le développement.....	7
CE125 (D4) Election d'un Membre appelé à siéger au Comité permanent pour les organisations non gouvernementales.....	7
CE125 (D5) Dates et sujets proposés pour les 33 <sup>e</sup> et les 34 <sup>e</sup> sessions du Sous-Comité de planification et de programmation.....	8

**Décisions** (*suite*)

CE125 (D6)	Dates de la 126 <sup>e</sup> session du Comité exécutif.....	8
CE125 (D7)	Dates du 42 <sup>e</sup> Conseil directeur, 52 <sup>e</sup> session du Comité régional de l’OMS pour les Amériques .....	8

**Annexes**

- Annexe A. Ordre du jour
- Annexe B. Liste des participants

## **RAPPORT FINAL**

### **Ouverture de la session**

La 125<sup>e</sup> session du Comité exécutif s'est tenue à San Juan à Porto Rico le 1<sup>er</sup> octobre 1999. Assistaient à la session des représentants des membres suivants du Comité exécutif élus par le Conseil directeur : Bolivie, Canada, Cuba, Equateur, Guyana, Mexique et les Etats-Unis d'Amérique. Des représentants des autres Etats Membres étaient également présents : Argentine, Chili, Colombie et Pérou.

Le Docteur Virgilio Galvis Ramirez (Colombie, Vice-Président du Comité exécutif lors de ses 123<sup>e</sup> et 124<sup>e</sup> sessions) a ouvert la session et a souhaité la bienvenue aux participants faisant une mention spéciale des nouveaux membres du Comité élus par le 41<sup>e</sup> Conseil directeur : Bolivie, Canada et Guyana.

### **Questions relatives au Règlement**

#### ***Election du Bureau***

Conformément à l'Article 15 du Règlement intérieur, le Comité a élu les Membres suivants qui feront partie du Bureau lors des 125<sup>e</sup> et 126<sup>e</sup> sessions :

*Président :*                      *Cuba*                      (*M. Enrique Comendeiro Hernández*)

*Vice-Président :*              *Mexique*                      (*Dr Melba Muñiz Martelón*)

*Rapporteur :*                      *Etats-Unis d'Amérique*              (*Mme Mary Lou Valdez*)

Le Docteur George A.O. Alleyne, Directeur du Bureau sanitaire panaméricain était Secrétaire de droit et le Docteur David Brandling-Bennett, Directeur adjoint du Bureau sanitaire panaméricain était Secrétaire technique.

#### ***Adoption de l'ordre du jour (Document CE125/1)***

Conformément à l'Article 9 du Règlement intérieur, le Comité a adopté l'ordre du jour provisoire préparé par le Secrétariat (décision CE125 (D1)).

## **Questions relatives aux Comités**

### ***Election de deux Membres appelés à siéger au Sous-Comité de planification et de programmation***

Le Canada et le Guyana ont été élus pour siéger au Sous-Comité de planification et de programmation à l'expiration du mandat de la Colombie et de Panama auprès du Comité exécutif (décision CE125 (D2)).

### ***Election d'un Membre appelé à siéger au Sous-Comité pour la femme, la santé et le développement***

Le Nicaragua a été élu pour siéger au Sous-Comité pour la femme, la santé et le développement à l'expiration du mandat du Paraguay auprès du Comité exécutif (décision CE125 (D3)).

### ***Election d'un Membre appelé à siéger au Comité permanent pour les organisations non gouvernementales***

L'Equateur a été élu pour siéger au Comité permanent pour les organisations non gouvernementales à l'expiration du mandat du Paraguay auprès du Comité exécutif (décision CE125 (D4)).

## **Questions relatives aux organes directeurs**

### ***Dates et sujets proposés pour les 33<sup>e</sup> et 34<sup>e</sup> sessions du Sous-Comité de planification et de programmation***

Le Comité a décidé que la 33<sup>e</sup> session du Sous-Comité de planification et de programmation (SPP) se tiendrait du 2 au 3 décembre 1999 et que la 34<sup>e</sup> session se tiendrait le 30 et le 31 mars 2000.

Le Directeur a proposé d'examiner les thèmes suivants lors de ces sessions : éradication de la fièvre aphteuse, dispositifs médicaux, participation de l'OPS au processus de réforme des Nations Unies dans les Etats Membres, protection alimentaire, harmonisation des réglementations concernant les médicaments, bibliothèque sanitaire virtuelle, prévention et lutte contre la tuberculose, prévention et lutte contre le cancer du col, investissement dans la

santé et la croissance économique, maladies cardiovasculaires, surtout l'hypertension, médecine radiologique et politique du budget-programme de l'Organisation.

Les Membres du Comité ont proposé plusieurs autres thèmes. On a proposé que le Sous-Comité discute des efforts faits pour mettre en place une stratégie commune pour lutter contre le paludisme dans le Bassin de l'Amazone dans le cadre de l'Initiative mondiale de lutte contre le paludisme. Cette initiative doit être introduite dans la Région lors d'une réunion à Lima au Pérou en octobre 1999. Outre le point de l'ordre du jour traitant du cancer du col, on a proposé que le Sous-Comité se penche sur la question plus globale de la santé et de la mortalité maternelles. On a également demandé une mise à jour des progrès faits en vue d'atteindre les buts du Sommet mondial pour l'enfance.

En outre, on a proposé que le Sous-Comité réexamine son but et ses fonctions. Le SPP a été créé en 1984 pour revoir les propositions de politiques, les programmes et les crédits alloués et pour faire des recommandations à ce propos au Comité exécutif. Mais dans la pratique, la plupart des points de l'ordre du jour examinés par le Sous-Comité sont envisagés par la suite par le Comité exécutif. L'organisation des réunions du Sous-Comité et la préparation des documents et des communications demandent un temps considérable et représentent des dépenses importantes. En un temps où les Etats demandent au Secrétariat de faire plus avec moins de fonds, il semble opportun de faire un réexamen du rôle du Sous-Comité.

Le Directeur a indiqué qu'il ajouterait un point à l'ordre du jour concernant le SPP mais il a également noté que seul le Comité exécutif pouvait prendre des décisions concernant l'avenir du Sous-Comité. En réponse à une demande d'un des délégués, il a indiqué que le Secrétariat allait également préparer un document général pour guider la discussion du Sous-Comité.

Le Comité a convenu que le Directeur devait composer les ordres du jour pour les deux sessions sachant qu'il ne serait probablement pas possible pour des questions de temps que le Sous-Comité envisage tous les sujets proposés.

Le Comité a adopté la décision CE125 (D5) concernant ce point de l'ordre du jour.

### ***Dates de la 126<sup>e</sup> session du Comité exécutif***

Le Comité a décidé de tenir sa 126<sup>e</sup> session du 26 au 30 juin 2000 (décision CE125 (D6)).

***Dates du 42<sup>e</sup> Conseil directeur, 52<sup>e</sup> session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques***

Le Comité a décidé que le 42<sup>e</sup> Conseil directeur se tiendrait du 25 au 29 septembre 2000 (décision CE125 (D7)).

**Clôture de la session**

Le Président a remercié les délégués de leur participation et a déclaré que la 125<sup>e</sup> session du Comité exécutif était close.

**Décisions**

Durant la 125<sup>e</sup> session, le Comité exécutif a pris les décisions suivantes :

***CE125 (D1) Adoption de l'ordre du jour***

Conformément à l'Article 9 du Règlement intérieur du Comité exécutif, le Comité a adopté l'ordre du jour présenté par le Directeur (document CE125/1).

*(Session plénière unique, 1<sup>er</sup> octobre 1999)*

***CE125 (D2) Election des deux Membres appelés à siéger au Sous-Comité de planification et de programmation***

Le Canada et le Guyana ont été élus pour siéger au du Sous-Comité de planification et de programmation à l'expiration du mandat de la Colombie et de Panama auprès du Comité exécutif.

*(Session plénière unique, 1<sup>er</sup> octobre 1999)*

***CE125 (D3) Election d'un Membre appelé à siéger au Sous-Comité pour la femme, la santé et le développement***

Le Nicaragua a été élu pour siéger au Sous-Comité pour la femme, la santé et le développement à l'expiration du mandat du Paraguay auprès du Comité exécutif.

*(Session plénière unique, 1<sup>er</sup> octobre 1999)*

***CE125 (D4) Election d'un Membre appelé à siéger au Comité permanent des organisations non gouvernementales***

L'Equateur a été élu pour siéger au Comité permanent des organisations non gouvernementales à l'expiration du mandat du Paraguay auprès du Comité exécutif.

*(Session plénière unique, 1<sup>er</sup> octobre 1999)*

***CE125 (D5) Dates et ordres du jour pour les 33<sup>e</sup> et 34<sup>e</sup> sessions du Sous-Comité de planification et de programmation***

Le Comité a décidé que la 33<sup>e</sup> session du Sous-Comité de planification et de programmation se tiendra le 2 et 3 décembre 1999 et que la 34<sup>e</sup> session se tiendrait le 30 et le 31 mars 2000. Le Comité a également autorisé le Secrétariat à rédiger l'ordre du jour pour les deux sessions, tenant compte des sujets proposés par le Directeur et les recommandations faites par le Comité exécutif.

*(Session plénière unique, 1<sup>er</sup> octobre 1999)*

***CE125 (D6) Dates de la 126<sup>e</sup> session du Comité exécutif***

Conformément à l'Article 17.A de la Constitution de l'OPS, le Comité a fixé les dates de sa 126<sup>e</sup> session qui se tiendra du 26 au 30 juin 2000.

*(Session plénière unique, 1<sup>er</sup> octobre 1999)*

***CE125 (D7) Dates du 42<sup>e</sup> Conseil directeur, 52<sup>e</sup> session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques***

Conformément à l'Article 12.A de la Constitution de l'OPS et l'Article 1 du Règlement intérieur du Conseil directeur, le Comité a décidé d'autoriser le Directeur à convoquer le 42<sup>e</sup> Conseil directeur, 52<sup>e</sup> session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques, du 25 au 29 septembre 2000.

*(Session plénière unique, 1<sup>er</sup> octobre 1999)*

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

FAIT à San Juan, Porto Rico, en ce premier jour d'octobre, mille neuf cent quatre-vingt-dix-neuf. Le Secrétaire déposera les textes originaux dans les archives du Bureau sanitaire panaméricain et en fera parvenir des exemplaires aux Etats Membres de l'Organisation.

---

—

Enrique Comendeiro Hernández  
Président de la 125<sup>e</sup> session  
du Comité exécutif  
Délégué de Cuba

---

—

George A. O. Alleyne  
Secrétaire de droit de la 125<sup>e</sup> session  
du Comité exécutif  
Directeur du Bureau sanitaire panaméricain

## **ORDRE DU JOUR**

### **1. OUVERTURE DE LA SESSION**

### **2. QUESTIONS RELATIVES AU REGLEMENT**

- 2.1 Election du Président, Vice Président, et du Rapporteur
- 2.2 Adoption de l'ordre du jour

### **3. QUESTIONS RELATIVES AUX COMITÉS**

- 3.1 Election de deux Membres appelés à siéger au Sous-Comité de planification et programmation à l'expiration du mandat de la Colombie et du Panama auprès du Comité exécutif
- 3.2 Election d'un Membre appelé à siéger au Sous-Comité pour la femme, la santé et le développement à l'expiration du mandat de Paraguay auprès du Comité exécutif
- 3.3 Election d'un Membre appelé à siéger au Comité permanent sur les organisations non gouvernementales à l'expiration du mandat du Paraguay auprès du Comité exécutif

### **4. QUESTIONS RELATIVES AUX ORGANES DIRECTEURS**

- 4.1 Dates et sujets proposés pour les 33<sup>e</sup> et 34<sup>e</sup> sessions du Sous-Comité de planification et programmation
- 4.2 Dates de la 126<sup>e</sup> session du Comité exécutif
- 4.3 Dates du 42<sup>e</sup> Conseil directeur de l'OPS, 52<sup>e</sup> session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques

### **5. AUTRES QUESTIONS**

**LISTA DE PARTICIPANTES  
LIST OF PARTICIPANTS**

**Miembros del Comité  
Members of the Committee**

**Bolivia**

Dr. Fernando Cisneros

**Canadá  
Canada**

Mr. Edward M. Aiston

**Cuba**

Lic. Enrique Comendero Hernández  
Dr. Antonio González Fernández

**Ecuador**

Dra. Tatiana Neira Alvarado

**Estados Unidos de América  
United States of America**

Ms. Ann S. Blackwood  
Ms. Mary Lou Valdez

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

**Guyana**

Dr. Rudolph Cummings

*México*

**Mexico**

Dra. Melba E. Muñiz Martelón

**Observadores**  
**Observers**

*Estados Miembros*  
*Member States*

Argentina

Dr. Argentino Luis Pico

Dra. Miguela Pico

Chile

Dr. Carlos Anríquez

Colombia

Dr. Virgilio Galvis Ramírez

**Perú**

**Peru**

Dr. Pablo Augusto Meloni Navarro

**Oficina Sanitaria Panamericana  
Pan American Sanitary Bureau**

*Director y Secretario ex officio del Consejo  
Director and Secretary ex officio of the Council*

Dr. George A. O. Alleyne

*Asesores del Director  
Advisers to the Director*

Dr. David Brandling-Bennett  
Director Adjunto  
Deputy Director

Dra. Mirta Roses Periago  
Subdirectora  
Assistant Director

Sr. Eric J. Boswell  
Jefe de Administración  
Chief of Administration

Dr. Juan Antonio Casas  
Director, División de Salud y Desarrollo Humano  
Director, Division of Health and Human Development

Dr. Stephen J. Corber  
Director, División de Prevención y Control de Enfermedades  
Director, Division of Disease Prevention and Control

Dr. Ciro de Quadros  
Director, División de Vacunas e Inmunización  
Director, Division of Vaccines and Immunization

Dr. Daniel López Acuña  
Director, División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud  
Director, Division of Health Systems and Services Development

**Oficina Sanitaria Panamericana (cont.)**  
**Pan American Sanitary Bureau (cont.)**

*Advisers to the Director (cont.)*

*Asesores del Director (cont.)*

Sr. Horst Otterstetter  
Director, División de Salud y Ambiente  
Director, Division of Health and Environment

Dr. José Antonio Solís  
Director, División de Promoción y Protección de la Salud  
Director, Division of Health Promotion and Protection

Dr. Carlos Castillo Salgado  
Jefe, Programa Especial de Análisis de Salud  
Chief, Special Program for Health Analysis

Dra. Irene Klinger  
Jefa, Oficina de Relaciones Externas  
Chief, Office of External Relations

Dra. Diana Serrano LaVertu  
Jefa, Departamento de Personal  
Chief, Department of Personnel

Dra. Karen Sealy  
Jefa, Oficina de Análisis y Planificación Estratégica  
Chief, Office of Analysis and Strategic Planning

*Asesora Jurídica*  
*Legal Counsel*

Dra. Heidi V. Jiménez  
*Jefa, Departamento de Servicios Generales*  
*Chief, Department of General Services*

Dr. Richard P. Marks  
*Jefa, Servicios de Conferencias y Secretaría*  
*Chief, Conference and Secretariat Service*  
Sra. Janice A. Barahona



## TABLE DES MATIERES

	<i>Page</i>
<b>Ouverture de la session</b> .....	5
<b>Questions relatives au Règlement</b> .....	5
Bureau .....	5
Adoption de l'ordre du jour et du programme des séances .....	6
Représentation du Comité exécutif lors du 42 <sup>e</sup> Conseil directeur de l'OPS, 52 <sup>e</sup> session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques .....	6
Ordre du jour provisoire du 42 <sup>e</sup> Conseil directeur de l'OPS, 52 <sup>e</sup> session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques .....	6
<b>Questions relatives aux comités et sous-comités</b> .....	7
Rapport du Sous-Comité de planification et de programmation et examen du fonctionnement du Sous-Comité.....	7
Rapport du Jury du Prix d'administration de l'OPS, 2000.....	8
Rapport du Comité permanent des organisations non gouvernementales .....	8
<b>Questions relatives à la politique des programmes</b> .....	10
Avant-projet du budget programme de l'Organisation mondiale de la Santé pour la Région des Amériques pour l'exercice financier 2002-2003 .....	10
Syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) dans les Amériques.....	12
Vaccins et immunisation.....	15
Evaluation du Programme régional de bioéthique .....	18
Innocuité des aliments .....	22
Maladies cardio-vasculaires : l'hypertension .....	25
Dispositifs médicaux .....	28
Harmonisation des réglementations pharmaceutiques.....	31
Santé infantile .....	34
Fonctions essentielles de la santé publique .....	36
Paludisme .....	39
Agenda commun de l'OPS/BID/Banque mondiale pour la santé dans les Amériques .....	42
Centenaire de l'Organisation panaméricaine de la Santé.....	44

**TABLE DES MATIERES (suite)**

	<i>Page</i>
<b>Questions administratives et financières</b> .....	46
Rapport sur le recouvrement des contributions.....	46
Rapport financier du Directeur et rapport du Commissaire aux comptes pour 1998-1999.....	47
Rapport du Commissaire aux comptes sur la planification stratégique, la surveillance et l'évaluation au sein de l'OPS .....	48
Bâtiments et autres locaux de l'OPS.....	51
<b>Questions relatives au personnel</b> .....	53
Amendements au Règlement du personnel du BSP .....	53
Déclaration du représentant de l'Association du Personnel du BSP.....	53
<b>Questions d'ordre général</b> .....	56
Résolutions et autres actions de la Cinquante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé revêtant un intérêt pour le Comité exécutif de l'OPS.....	56
<b>Autres questions</b> .....	58
<b>Clôture de la session</b> .....	59
<b>Résolutions et décisions</b> .....	59
<b>Résolutions</b> .....	59
CE126.R1 Recouvrement des contributions .....	59
CE126.R2 Bâtiments et autres locaux de l'OPS.....	60
CE126.3 Fonctionnement du sous-comité de planification et de programmation .....	61
CE126.R4 Vaccins et immunisation.....	62
CE126.R5 Syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) dans les Amériques .....	64
CE126.R6 Evaluation du Programme régional de bioéthique.....	65
CE126.R7 Innocuité des aliments.....	67
CE126.R8 L'équipement et les dispositifs médicaux.....	69
CE126.R9 Harmonisation de la réglementation pharmaceutique .....	70
CE126.R10 Rapport financier du Directeur et rapport du Commissaire aux Comptes.....	72

**TABLE DES MATIERES (suite)***Page***Résolutions (suite)**

CE126.R11	Avant-projet du budget programme de l'Organisation mondiale de la Santé pour la Région des Amériques pour l'exercice financier 2002-2003.....	73
CE126.R12	Amendements au Règlement du Personnel du BSP.....	74
CE126.R13	Ordre du jour provisoire du 42 <sup>e</sup> Conseil directeur de l'OPS, 52 <sup>e</sup> session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques.....	75
CE126.R14	Prix d'Administration de l'OPS, 2000 .....	76
CE126.R15	Organisations non gouvernementales ayant des relations officielles avec l'OPS .....	76
CE126.R16	Maladies cardio-vasculaires, et notamment l'hypertension.....	78
CE126.R17	Santé infantile .....	79
CE126.R18	Fonctions essentielles de la santé publique.....	81
CE126.R19	<i>Faire reculer le paludisme</i> dans la Région des Amériques .....	83

**Décisions** ..... 85

CE126(D1)	Adoption de l'ordre du jour .....	85
CE126(D2)	Représentation du Comité exécutif lors du 42 <sup>e</sup> Conseil directeur de l'OPS, 52 <sup>e</sup> session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques .....	85
CE126(D3)	Rapport du Sous-Comité de planification et de programmation.....	85
CE126(D4)	Nomination de Guyane auprès du Comité permanent des Organisations non gouvernementales en l'absence d'Antigua et Barbuda.....	85
CE126(D5)	Centenaire de l'Organisation panaméricaine de la Santé.....	86
CE126(D6)	Agenda commun de l'OPS/BID/Banque mondiale pour la santé dans les Amériques .....	86
CE126(D7)	Déclaration du représentant de l'Association du Personnel de l'OPS/OMS .....	86
CE126(D8)	Résolutions et autres actions de la Cinquante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé revêtant un intérêt pour le Comité exécutif de l'OPS.....	86

Annexe A : Ordre du jour

Annexe B : Liste des documents

Annexe C : Liste des participants

## RAPPORT FINAL

### Ouverture de la session

La 126<sup>e</sup> session du Comité exécutif s'est déroulée au Siège de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) du 26 au 29 juin 2000. Les délégués des huit Etats Membres suivants du Comité exécutif étaient présents : Bolivie, Canada, Cuba, Equateur, Etats-Unis d'Amérique, Guyane, Mexique, et Nicaragua. Le neuvième membre du Comité, Antigua et Barbuda, n'était pas représenté. Les représentants des Etats Membres suivants étaient également présents en qualité d'observateur : Costa Rica, France, Pérou et Uruguay. De plus, quatre organisations intergouvernementales et six organisations non gouvernementales étaient représentées.

Le Dr Carlos Dotres Martínez (Cuba, Président du Comité exécutif) a ouvert la session et a souhaité la bienvenue aux participants. Sir George Alleyne (Directeur du Bureau sanitaire panaméricain) a lui aussi souhaité la bienvenue aux participants, soulignant l'importance des réunions des Organes directeurs pour le bon fonctionnement de l'Organisation. Pour lui, nul doute, la semaine comporte bien des occasions d'arriver à un dialogue productif et un échange de vues qui profiteront tant à l'OPS qu'à ses Etats Membres.

### Questions relatives au Règlement

#### *Bureau*

Le Bureau élu pour la 125<sup>e</sup> session du Comité a continué à assumer ses fonctions respectives lors de la 126<sup>e</sup> session. Aussi, le Bureau était-il représenté de la manière suivante :

<i>Président</i>	Cuba	(Dr Carlos Dotres Martínez)
<i>Vice-Président</i>	Mexique	(M. Eduardo Jaramillo)
<i>Rapporteur</i>	Etats-Unis d'Amérique	(Mme Mary Lou Valdez)

Le Directeur était Secrétaire de droit et le Dr David Brandling-Bennett, Directeur adjoint du Bureau sanitaire panaméricain, assumait les fonctions de Secrétaire technique.

***Adoption de l'ordre du jour et du programme des séances (documents CE126/1, Rev. 1, et CE126/WP/1)***

Conformément à l'Article 9 de son Règlement intérieur, le Comité a adopté l'ordre du jour provisoire préparé par le Secrétariat (décision CE126(D1)). Le Comité a également adopté un programme des séances.

***Représentation du Comité exécutif lors du 42<sup>e</sup> Conseil directeur de l'OPS, 52<sup>e</sup> session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques (document CE126/3)***

Conformément à l'Article 54 de son Règlement intérieur, le Comité exécutif a décidé de désigner son Président (Cuba) et Vice-Président (Mexique) pour représenter le Comité lors du 42<sup>e</sup> Conseil directeur. La Bolivie et les Etats-Unis d'Amérique ont été nommés en tant que suppléants de Cuba et du Mexique (décision CE126(D2)).

***Ordre du jour provisoire du 42<sup>e</sup> Conseil directeur de l'OPS, 52<sup>e</sup> Session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques (document CE126/4)***

Le Dr David Brandling-Bennett (Directeur adjoint, BSP) a présenté l'ordre du jour provisoire préparé par le Directeur conformément à l'Article 12.C de la Constitution de l'OPS et à l'Article 7 du Règlement intérieur du Conseil directeur. Il a été proposé que le Rapport du Commissaire aux comptes sur la planification stratégique, la surveillance et l'évaluation au sein de l'OPS (AMPES) soit inclus à l'ordre du jour sous "questions administratives et financières." Le Comité a convenu du changement.

A la demande de l'un des délégués, le Directeur a expliqué que sous le point 4.2 de l'Ordre du jour, "Situation et tendances sanitaires aux Amériques", sera soumis à la considération du Conseil directeur un examen intermédiaire de la situation et des tendances sanitaires dans les pays de la Région La question serait analysée plus en détails lors de la 26<sup>e</sup> Conférence sanitaire panaméricaine en 2002 où sera présentée la publication quadriennale *Health in the Americas*. Quelques unes des questions envisagées sous le point 4.2 seront les nouvelles méthodes pour mesurer les tendances sanitaires aux Amériques ainsi que des nouvelles approches pour établir des priorités sanitaires dans les pays en fonction de ces tendances.

Le Comité a adopté la résolution CE126.R13 approuvant l'ordre du jour provisoire avec la modification proposée.

## **Questions relatives aux comités et sous-comités**

### ***Rapport du Sous-Comité de planification et de programmation et examen du fonctionnement du Sous-Comité (document CE126/5)***

Les rapports sur la 33<sup>e</sup> et la 34<sup>e</sup> sessions du Sous-Comité de planification et de programmation ont été présentés par le Dr Bayardo García représentant le Gouvernement de l'Equateur et qui avait été élu Président du Sous-Comité lors de la 33<sup>e</sup> session. Lors de ces deux sessions, le Sous-Comité a discuté de sept points de l'ordre du jour qui étaient également inscrits au programme du Comité exécutif lors de sa 126<sup>e</sup> session, à savoir : les maladies cardio-vasculaires, l'hypertension; l'innocuité des aliments; les appareils médicaux; la santé infantile; le fonctionnement du Sous-Comité de planification et de programmation; et les bâtiments et autres locaux de l'OPS. Les commentaires et les recommandations du Sous-Comité concernant ces sujets ont été pris en compte lors de la révision des documents pour les présenter au Comité exécutif et sont reflétés par les présentations et la discussion de points de l'ordre du jour respectifs dans le présent rapport.

Le Sous-Comité s'est également penché sur les points suivants qui n'ont pas été soumis à l'attention du Comité exécutif : bibliothèque virtuelle en santé, participation de l'OPS à la réforme des Nations Unies dans les Etats Membres, la santé maternelle, la politique du budget programme de l'OPS, le panaméricanisme et son importance pour l'OPS, les perspectives d'une collaboration entre l'OPS et les organisations non gouvernementales, ainsi que la technologie d'information au sein de l'Organisation panaméricaine de la Santé. Les récapitulatifs des présentations et des discussions de tous les articles susmentionnés sont donnés dans les rapports finaux des 33<sup>e</sup> et 34<sup>e</sup> sessions du Sous-Comité (documents SPP33/FR et SPP34/FR).

Dans la discussion qui a suivi le rapport du Dr García, il a été noté que le compte rendu du Sous-Comité concernant le fonctionnement et le but du SPP ne comprenait pas une proposition en vue mettre en œuvre les suggestions et les recommandations du Sous-Comité. A ce propos, le Directeur a indiqué qu'à son avis le Comité exécutif ne considérerait pas nécessaire d'avoir une proposition formelle. Le Secrétariat avait mis en œuvre un certain nombre de recommandations pendant la 34<sup>e</sup> session du Sous-Comité; par exemple, des pays qui rarement, ou même jamais, avaient participé aux réunions du Sous-Comité avaient été invités, au même titre que les représentants de plusieurs ONG disposant de l'expertise nécessaire sur les sujets discutés. De plus, on avait invité des spécialistes de divers pays à préparer et présenter des documents sur certains points de l'ordre du jour. D'autres changements proposés – notamment la proposition que les sessions du SPP soient tenues

parfois dans un Etat Membre plutôt qu'au siège de l'OPS – avaient été discutés au sein du Secrétariat et lors de consultations informelles avec les pays. La proposition n'a pas été jugée très utile. Dès lors, il n'était probablement pas nécessaire d'élaborer une proposition formelle bien que d'autres changements exigeaient la ratification du Comité exécutif. Le Comité devait notamment décider si le Sous-Comité allait continuer de tenir deux sessions par an ou une seule, plus longue, tel que le recommandait le Sous-Comité.

Le Comité exécutif a été d'accord pour dire que le Sous-Comité devrait organiser une session régulière par an mais que des sessions extraordinaires pouvaient également être convoquées si le Comité et le Directeur le jugeaient nécessaire. Le Comité a adopté la résolution CE126.R3, modifiant en voie de conséquence les termes de référence du Sous-Comité. Le Comité a également autorisé le Secrétariat à introduire divers changements dans la rédaction aux termes de référence du Sous-Comité afin de rendre la terminologie analogue à celle utilisée dans les termes de référence des autres Organes Directeurs de l'Organisation (décision CE126(D3)).

***Rapport du Jury du Prix d'administration de l'OPS, 2000 (documents CE126/6, Rev. 1, et CE126/6, Add. 1)***

Mme Mariángeles Argüello (Nicaragua) a signalé que les représentants du Jury du Prix d'Administration de l'OPS, 2000 –Cuba, Etats-Unis d'Amérique et Nicaragua– se sont rencontrés le 28 juin. Après un examen détaillé des qualifications des candidats, ils ont décidé de remettre le prix au Dr Roberto Fuentes García, du Chili, pour son dévouement et tous les efforts consacrés à l'administration de la santé publique ainsi que pour sa contribution importante à la littérature nationale et internationale traitant de ces sujets.

Le Comité a adopté la résolution CE126.R14.

***Rapport du Comité permanent des organisations non gouvernementales (documents CE126/7 et CE126/7, Add. 1)***

Le Comité permanent des organisations non gouvernementales était composé d'Antigua et Barbuda, de l'Equateur et du Nicaragua mais comme Antigua et Barbuda n'était pas représenté à la session du Comité exécutif, le Comité a nommé Guyane à sa place (décision CE126(D4)).

Le Dr Bayardo García (Equateur) a indiqué que le Comité permanent a examiné la demande de l'Association latino-américaine des industries pharmaceutiques (ALIFAR)

souhaitant entrer en relations officielles avec l'OPS. Après un examen attentif de la documentation de base disponible, le Comité permanent a recommandé que le Comité exécutif autorise des relations officielles entre l'OPS et ALIFAR.

Le Comité permanent a également considéré l'information présentée par le Directeur et les ONG elles-mêmes sur six ONG interaméricaines dont les relations avec l'OPS devaient être soumises périodiquement à examen afin de déterminer si leur relation officielle avec l'Organisation devait continuer. Le Comité permanent a recommandé que le Comité exécutif autorise la continuation des relations officielles pendant quatre ans de plus avec le Collège interaméricain de Radiologie, la Fédération latino-américaine d'Hôpitaux, la Fédération panaméricaine d'Associations des Facultés de Médecine et la Fédération panaméricaine des Professionnels de Soins infirmiers. Invoquant les lacunes et les insuffisances dans les relations de travail entre l'OPS et deux autres ONG – la Confédération latino-américaine de biochimie clinique (COLABIOCLI) et l'Union latino-américaine contre les maladies sexuellement transmissibles (ULACETS) – le Comité permanent a recommandé que le Comité exécutif autorise les relations officielles entre l'OPS et ces ONG pendant deux ans de plus. Après cette période, le Comité permanent devra à nouveau examiner s'il est souhaitable ou non de maintenir les relations officielles.

En outre, le Comité permanent a examiné les révisions proposées aux *Principes régissant les relations entre l'Organisation panaméricaine de la Santé et des organisations non gouvernementales*. Il a approuvé les révisions faites, notamment les changements dans la rédaction du texte en vue de clarifier les dispositions et deux changements de fond. Un des changements diminue la période entre les examens des ONG en relations officielles avec l'OPS, la faisant passer de six à quatre ans. L'autre autorise soit l'OPS ou l'ONG à mettre fin aux relations officielles, pourvu que l'autre partie soit notifiée par écrit de la décision et que l'action ait été approuvée par le Comité exécutif par le biais du Comité permanent.

Les représentants de trois ONG en relations officielles avec l'OPS ont pris la parole devant le Comité. Chacun a décrit le but et les activités de son organisation surtout celles demandant une collaboration avec l'OPS. La représentante de la Fédération latino-américaine d'Hôpitaux (FLH) a mentionné l'appui inestimable que son ONG avait reçu de la Division du Développement des Systèmes et Services de Santé de l'OPS dans le cadre d'un projet en vue d'évaluer les modèles de soins de santé dans la Région. Afin d'encourager la discussion d'autres activités conjointes, elle avait invité la Division à participer à un groupe scientifique sur la gestion hospitalière qui se déroulerait en août conjointement avec le 10<sup>e</sup> Congrès du FLH à Porto Rico.

La représentante de COLABIOCLI a mentionné plusieurs projets en cours dans le but d'aider les pays à renforcer leurs capacités en ce qui concerne la réglementation des laboratoires cliniques. La Confédération travaillait avec l'OPS et d'autres institutions pour diffuser des directives sur le contrôle de qualité et l'accréditation des laboratoires et espérait continuer sa collaboration avec l'Organisation pour le bien de tous les pays. Elle a invité officiellement l'OPS à participer au 15<sup>e</sup> Congrès de COLABIOCLI au Brésil en juillet 2001.

La représentante de l'ULACETS a indiqué que l'OPS était le principal partenaire de son organisation dans la lutte contre les infections sexuellement transmissibles dans la Région depuis la création de l'ONG, il y avait 26 ans. La relation avait été avantageuse pour les deux partenaires car l'ULACETS avait toujours pu compter sur l'appui de l'OPS alors que l'OPS avait souvent fait appel à l'expertise technique des membres de l'ULACETS dont bon nombre étaient des médecins travaillant pour des programmes sanitaires nationaux. Son organisation espérait continuer à collaborer avec l'OPS sur plusieurs fronts. L'ULACETS organisait le prochain congrès mondial sur les maladies sexuellement transmissibles qui se tiendrait aux Amériques pour la première fois en 2003. L'ONG a invité tous les participants à la session du Comité à participer à cet événement.

Le Président du Comité exécutif a remercié, au nom du Comité et du Secrétariat, les ONG pour leur participation.

Le Comité a adopté la résolution CE126.R15.

### **Questions relatives à la politique des programmes**

#### ***Avant-projet du budget programme de l'Organisation mondiale de la Santé pour la Région des Amériques pour l'exercice financier 2002-2003 (document CE126/8)***

M. Román Sotela (chef du budget, OPS) a rappelé au Comité que le document à l'étude ne comprend que la partie OMS du budget programme ordinaire pour la Région des Amériques pour 2002-2003. La partie OMS représente environ 30% du budget ordinaire de l'OPS. Le budget combiné OPS/OMS pour la période biennale sera présenté en 2001 aux Organes directeurs.

En septembre 2000, le Conseil directeur de l'OPS, agissant en sa capacité de Comité régional de l'OMS pour les Amériques, formuler des recommandations au Directeur général de l'OMS concernant la proposition de budget ordinaire de l'OMS 2002-2003. Les instructions budgétaires et de la planification émises par le Directeur général stipulent des

réductions pour le budget programme 2000-2001 et demandent que les propositions budgétaires initiales soient soumises sans accroissement de coût. Le montant demandé pour les Amériques s'élève à US\$ 74 682 000<sup>1</sup>, soit \$3 043 000 ou 3,9% de moins que le montant approuvé pour le budget ordinaire de 2000-2001. Ce chiffre est conforme au plan de distribution régionale approuvé par l'Assemblée mondiale de la Santé en 1998 dans la résolution WHA51.31. Le tableau 2 du document indique l'effet de cette résolution tout au long de l'exercice 2004-2005 quand les crédits alloués par l'OMS aux Amériques diminueraient, en termes nominaux, au niveau où ils étaient 12 ans auparavant lors de l'exercice 1992-1993. Il faudra tenir compte des ces réductions en élaborant la proposition du budget programme régulier de l'OMS/OPS pour 2002-2003.

L'annexe au présent document indique la proposition du budget programme ordinaire de l'OMS pour les Amériques conformément à la structure du programme de l'OMS pour 2002-2003 qui varie légèrement par rapport à la structure pour 2000-2001. Les domaines que retient l'OMS comme prioritaires pour 2002-2003 sont les suivants : paludisme, tuberculose, maladies non transmissibles, tabagisme, maternité sans risques, VIH/SIDA, salubrité des aliments, santé mentale, sécurité du sang, politiques sanitaires et organisation des services de santé.

Dans la discussion qui a suivi la présentation de M. Sotela, certains membres ont fait savoir qu'ils trouvaient que le plan de distribution régionale, approuvé en 1998, était biaisé. Bien qu'il a été reconnu que les fonds doivent être répartis aux régions sur la base des besoins de santé et du niveau de développement, il a été remarqué par ailleurs que la méthode employée pour distribuer les crédits risque de ne pas évaluer exactement les besoins de certaines régions ou de ne pas tenir compte de leur capacité à absorber des ressources. Il a été remarqué également que, au nom de la solidarité mondiale, le Siège de l'OMS et les Bureaux régionaux devraient tenir compte de leurs besoins et vues mutuels. Parallèlement, les délégués ont reconnu que les Amériques n'ont pas été touchées aussi durement que certaines régions qui ont connu des réductions nettes dans leur budget. De plus, des mesures sont prises pour mitiger l'impact négatif des réductions dans la mesure du possible, notamment la décision du Directeur général de baisser le pourcentage de réduction maximale, de 6% à 4% par exercice biennal.

Au vu de la réalité d'une réduction de 3,9% dans la partie OMS du budget pour 2002-2003, l'OPS a été encouragée à établir des priorités et à consolider l'ensemble de ses

---

<sup>1</sup> Note : A moins qu'il n'en soit indiqué autrement, dans ce rapport tous les chiffres se rapportant à des monnaies sont exprimés en dollars américains.

programmes. Le Secrétariat a été félicité pour avoir su orienter les ressources vers les domaines prioritaires identifiés par l'OMS. Les délégués ont vivement approuvé à ce propos l'accroissement du montant consacré aux activités de lutte contre le tabagisme. Plusieurs questions ont été posées sur d'autres augmentations indiquées dans l'annexe au document, surtout l'accroissement de 37% dans le montant octroyé aux Bureaux du Directeur général et des Directeurs régionaux. On a également encouragé l'OPS à entamer un dialogue avec le Siège de l'OMS concernant le type d'activités devant être exécutées par le Siège et celles revenant aux régions. Il a été proposé que les questions normatives et d'établissement des normes soient confiées au Siège de l'OMS et que les régions assument la responsabilité de la mise en œuvre des activités. Quant à la proposition de budget présentée aux Organes directeurs en 2001, l'on espérait qu'aucune majoration ne sera demandée dans les contributions des Etats Membres car la plupart d'entre eux sont dans l'incapacité de verser davantage.

M. Sotela a expliqué que l'accroissement apparent dans les crédits alloués aux bureaux du Directeur général et des Directeurs régionaux était dû essentiellement au reclassement d'un poste qui avait été financé jusqu'à présent par le budget ordinaire de l'OPS et qui serait pris en charge maintenant par le budget ordinaire de l'OMS. Dans d'autres cas, c'est le contraire qui se passe. Il a noté également que, vu que le budget n'est que partiel, toute augmentation ou diminution du financement de certains domaines ne peut pas forcément être interprétée comme un signe d'activité ralentie ou augmentée dans ces mêmes domaines.

Le Directeur a noté qu'il a toujours pensé que la formule d'allocation budgétaire était biaisée et que l'Organisation entière y compris le Siège de l'OMS aurait dû participer aux réductions. De fait, ce sont uniquement les régions qui sont touchées par les coupes budgétaires. Il espère que les délégués souligneront la chose dans le cadre d'autres forums. Il remarque également que la réduction de 6% dans les crédits alloués par l'OMS aux Amériques pour le budget 2000-2001 exige une coupe de plus de 5,8% dans les programmes régionaux. A son avis, l'Organisation ne pourra pas indéfiniment continuer à accuser de telles réductions de programmes. La question sera discutée plus amplement quand le budget combiné sera présenté aux organes directeurs en 2001.

Le Comité a adopté la résolution CE126.R11.

*Syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) dans les Amériques (documents CE126/9 et CE126/9, Add. I)*

Le Dr Fernando Zacarías (Coordinateur, Programme sur le syndrome d'immunodéficience acquise/maladies sexuellement transmissibles, OPS) a fait le point de la situation en ce qui concerne la prévalence du VIH/SIDA dans le monde. A la fin de 1999, il était estimé que 33,6 millions d'adultes et d'enfants souffraient du VIH/SIDA dont 2,6 millions dans la Région des Amériques. Les taux de prévalence les plus élevés dans la Région ont été observés aux Caraïbes, où un adulte sur 50, âgés de 15 à 49 ans, est infecté tandis que dans le reste des pays des Amériques la proportion est de 1 sur 200. Les modes de transmission varient d'un pays à l'autre de même que le taux d'infection chez les femmes enceintes. Ce taux est plus élevé dans des pays où la transmission a lieu essentiellement par voie hétérosexuelle. Ces dernières années, le nombre estimé de nouvelles infections est resté relativement stable en Amérique latine et aux Caraïbes et il a légèrement baissé en Amérique du Nord alors que d'autres régions du monde – surtout l'Afrique subsaharienne connaissent une hausse notable des taux d'infection par VIH.

L'OPS cherche à aider les pays à prévenir l'infection par le VIH. Les principales actions préventives concernent le changement du comportement, la sécurité des dons de sang et la réduction de la transmission du VIH de la mère à l'enfant. Le changement comportemental est le moyen de prévention le plus important mais c'est également le plus difficile à réaliser. Les interventions utilisées à cette fin sont notamment l'éducation face à face et les campagnes de communications de masse. Pour renforcer ces activités, l'Organisation était en train d'incorporer au Programme un professionnel à temps plein, pour s'occuper de la promotion des communications de masse et du marketing social. Des progrès importants ont été faits pour garantir des dons de sang sans risques pour la transfusion protégeant le public non seulement contre le VIH mais également contre l'hépatite B et C et la maladie de Chagas. Des progrès ont également été faits sur le plan de la prévention de la transmission de la mère à l'enfant. Le taux avait diminué des deux tiers depuis 1994 grâce à l'utilisation du médicament AZT dans le cadre d'un protocole reconnu. Mais certains pays n'ont pas encore mis en œuvre la stratégie.

Les médicaments anti-rétroviraux (ARV), surtout quand ils sont utilisés pour des traitements combinés, s'avèrent extrêmement efficaces pour prévenir la progression de l'infection latente par le VIH jusqu'au SIDA clinique. Seulement ces médicaments sont chers et leur prix varie grandement d'un pays à l'autre. Peu de pays ont les moyens de les mettre à la portée de tous ou même de la majeure partie de la population infectée par le VIH. Les pays ont dû mettre en place l'infrastructure nécessaire pour fournir le meilleur traitement

possible à toutes les personnes infectées tenant compte des contraintes imposées par le peu de ressources disponibles. Cette approche par composantes encourageait les pays à atteindre des normes minimales de soins de base à tous les niveaux des soins de santé qui seraient renforcées au fur et à mesure que des ressources accrues (financières, techniques et humaines) deviendraient disponibles. La distribution des ARV a été intégrée au schéma par composantes à toutes les étapes.

Le Dr Zacarías a terminé son exposé en indiquant, qu'au regard de la situation épidémiologique actuelle, il existait une possibilité de vaincre le SIDA sur ce continent. Mais cela exigerait une forte direction politique, des alliances publiques-privées stratégiques, la souplesse nécessaire pour changer, le cas échéant, les stratégies de lutte ainsi que la capacité d'appliquer à plus grande échelle l'expérience acquise.

Le Comité encourage vivement l'OPS à continuer de fournir une assistance technique aux activités de prévention du VIH/SIDA sur l'ensemble de la Région. L'éducation et la communication de masse sont vues comme des facteurs clés pour diminuer la transmission à l'échelle nationale et pour sensibiliser davantage le public aux dimensions mondiales de la crise du VIH/SIDA. De plus, les dirigeants politiques dans les plus hautes sphères – présidents et premiers ministres- doivent aborder le problème et parler du VIH/SIDA en public. La maladie est plus qu'un problème de santé publique tel qu'en témoigne l'attention qui lui a été accordée dans les forums politiques et économiques. Par exemple, la déclaration du Sommet Sud-Sud du Groupe des 77 (Havane, avril 2000) est un appel à l'action lancé à la communauté internationale et sa formulation correspond de près à l'approche de l'OPS.

Malgré l'importance reconnue de la prévention, le Comité met en garde indiquant qu'il ne faut pas pour autant ignorer les besoins et soins de ceux déjà diagnostiqués avec le VIH/SIDA. La prévention et les soins ne devraient pas être vus comme des priorités qui se rivalisent mais comme des parties complémentaires d'un tout déployé pour lutter contre le VIH/SIDA. L'OPS doit équilibrer les composantes de prévention, soins et traitement. L'Organisation doit continuer à dialoguer avec les gouvernements, les sociétés pharmaceutiques et les organisations internationales concernées (telles que l'ONUSIDA et l'OMS) pour trouver des moyens de diminuer le coût des médicaments ARV dans les pays en développement. Il a été souligné que, pour avoir un impact, les réductions des coûts des médicaments doivent s'accompagner de la création de systèmes fiables de distribution dans les pays et d'un renforcement de la compétence clinique en vue de traiter adéquatement les malades. Le Comité était heureux de noter la création du Fonds régional pour l'achat de fournitures stratégiques pour la santé publique et demandait à avoir des informations sur la manière d'avoir accès au Fonds.

Le Délégué du Canada a annoncé que son pays allait tripler prochainement les crédits budgétaires alloués aux activités internationales de lutte contre le VIH/SIDA. Dans le cadre de son engagement pour renforcer la collaboration, son gouvernement avait mis au point un guide du jumelage sur les manières dont les ONG pouvaient collaborer dans le cadre de la lutte contre le VIH/SIDA. Le guide est disponible en anglais, en français et en espagnol. Plusieurs autres pays ont fait le compte rendu des activités nationales dont les études sur la prévalence du VIH en Bolivie et un programme pour réduire la transmission de la mère à l'enfant en Guyane. La représentante de l'Union latino-américaine contre les maladies sexuellement transmissibles (ULACETS) a rappelé au Comité les graves conséquences entraînées par d'autres infections sexuellement transmissibles (IST) qui pourtant ne reçoivent pas la publicité accordée au VIH/SIDA. Elle a vivement encouragé les pays à consacrer une plus grande attention à la prévention, au diagnostic et au traitement de ces maladies puisque cela aiderait à son tour à prévenir la transmission du VIH.

Le Dr Zacarías a répondu que l'OPS soutenait des efforts en vue d'améliorer la surveillance épidémiologique et les soins aux patients pour toutes les infections sexuellement transmissibles. Il a reconnu les progrès faits par plusieurs pays dans leur lutte contre les IST et le VIH même quand les ressources sont modiques et a promis que l'OPS continuera à apprendre de la part des pays quels sont les meilleurs moyens d'appliquer la communication de masse et l'éducation pour la prévention. L'Organisation cherchera à arriver au bon équilibre entre prévention et soins. De fait, l'OPS et l'OMS vont réaliser une série de guides sur des soins aux patients du VIH/SIDA à différents niveaux.

Le Directeur a attiré l'attention sur la grave situation existant aux Caraïbes où le taux de prévalence de l'infection par le VIH est 3,5 fois supérieur à celui d'autres parties des Amériques. La situation est particulièrement grave en Haïti. Mais grâce à une stratégie d'attaque agressive, un pays, les Bahamas a réussi à juguler l'épidémie. D'autres parties de la Région ont également vu diminuer les taux d'infection depuis 1995. Le message est le suivant : si des mesures préventives sont mises en place, la situation pourra être radicalement changée et pas simplement endiguée. Un changement comportemental doit être encouragé dynamiquement par le biais de la communication de masse. De plus, les dirigeants politiques de haut niveau doivent être confrontés à la réalité du VIH/SIDA et prendre la parole et passer à l'action. Il incombe à l'OPS d'aider les ministres de la santé à mettre en relief le problème auprès des dirigeants des pays.

L'OPS s'était engagée à veiller à la sécurité de 100% des réserves de sang d'ici 2002. La sécurité des dons de sang est faisable aux Amériques avec l'application de bonnes pratiques de laboratoire et le dévouement à la cause.

Le Directeur a attiré l'attention sur le fait que les médicaments ARV ne sont qu'une partie de la réponse au problème du VIH/SIDA. Il a indiqué à nouveau que le manque d'infrastructure pour distribuer les médicaments entraverait leur efficacité même s'ils sont d'un coût abordable. Le Comité pourrait trouver des informations sur les prix de ces médicaments en consultant le site web maintenu par le Groupe de coopération technique horizontal (<http://www.gcth-sida.gov.br>). Des discussions sur les manières de baisser les prix des médicaments ARV continuent entre cinq grandes sociétés pharmaceutiques et un groupe convoqué à Genève par l'ONUSIDA, l'OMS et l'UNICEF. Le Ministre de la Santé de Panama a été nommé par les ministres de la santé de l'Amérique latine comme représentant de leur groupe.

S'agissant du Fond stratégique, le Directeur a indiqué que les pays allaient recevoir par la suite des informations spécifiques sur les manières dont agit le Fonds et les démarches pour y avoir accès. Mais pour le moment, l'expansion du Fonds dans d'autres pays que le Brésil où il faisait l'objet d'un test pilote était remise à plus tard suite à des complications concernant les lois régissant l'importation et l'expédition des médicaments.

Le Comité a adopté la résolution CE126.R5.

### ***Vaccins et immunisation (document CE126/10)***

Le Dr Ciro de Quadros (Directeur de la Division des vaccins et immunisation, OPS) a indiqué que la couverture vaccinale des enfants de la Région se situait entre 80% et 90%, ce qui signifiait que de 2 à 3 millions d'enfants ne sont pas vaccinés. Pour aider les pays à combler cette lacune, l'OPS réalisait des évaluations des programmes de vaccinations afin d'identifier les obstacles entravant une couverture universelle. Jusqu'à présent, huit de ces évaluations ont été faites.

Des progrès remarquables ont été réalisés pour éradiquer la transmission autochtone de la rougeole dans les Amériques. Seuls 480 cas ont été notifiés jusqu'à présent en 2000 dont la majorité en Haïti et en République dominicaine\*. Les deux pays redoublent les efforts pour étendre leur couverture vaccinale. Vu que la transmission a déjà été interrompue dans la plupart des autres pays, il est possible de réaliser l'éradication d'ici la fin de 2000.

---

\* Le Dr de Quadros a indiqué que le nombre des cas de rougeole dans la République dominicaine en 1999 signalé dans le document est incorrect et que le nombre exact est de "274".

En ce qui concerne la poliomyélite, le programme d'éradication mondial progresse bien malgré les difficultés rencontrées dans certaines régions. Il est important que les Amériques maintiennent un système de surveillance de haute qualité car elles se sont jointes au reste du monde pour certifier l'absence du poliovirus sauvage. Les Etats Membres devraient commencer à faire un inventaire détaillé de tous les laboratoires pour savoir où sont les stocks de poliovirus sauvage de sorte à mettre en place les bonnes mesures d'endiguement.

Quant aux autres maladies évitables par la vaccination, le tétanos néonatal a diminué de 90% depuis le début de la campagne de lutte contre cette maladie à la fin des années 80. Le foyer de cette maladie se concentre à présent dans moins de 1% des municipalités des Amériques et il y a lieu de penser que la maladie pourra être éliminée dans un avenir proche. La rubéole existe encore mais la plupart des pays utilisent le vaccin trivalent ROR avec l'antigène de la rubéole et plusieurs pays ont déployé des campagnes réussies de vaccination de masse contre la rubéole afin de mettre fin à la transmission de la maladie et prévenir le syndrome de rubéole congénitale. Le risque d'une flambée de cas de fièvre jaune dans les zones urbaines existait partout dans le champ du vecteur, *Aedes aegypti*. Jusqu'à présent seuls la Guyane française et Trinité et Tobago réalisent une vaccination universelle des enfants contre la fièvre jaune. Le Brésil a déployé des campagnes de vaccination de masse dans tous les groupes d'âge ces deux dernières années. D'autres pays devraient également envisager d'intégrer le vaccin à leurs programmes nationaux. Enfin le Dr de Quadros a signalé que plus de 85% des enfants de l'Amérique latine et des Caraïbes vivent dans des pays qui dispensent des vaccins contre l'hépatite B et *Haemophilus influenzae* dans le cadre de leurs programmes nationaux de vaccination.

L'Organisation a participé à plusieurs activités concernant le contrôle de qualité des vaccins. Parmi elles, l'harmonisation des réglementations afférentes aux brevets et autorisations des vaccins dans les pays qui ne produisent pas de vaccins, l'adoption d'un programme de certification des laboratoires qui font le test des vaccins, ainsi que l'examen des bonnes pratiques et méthodes de fabrication utilisées par les producteurs de vaccins de la Région. L'Organisation encourageait l'inclusion des producteurs locaux de vaccins au processus d'évaluation de la qualité des vaccins de l'OMS pour que les vaccins des Amériques puissent être distribués aux organismes des Nations Unies. L'OMS travaillait également avec l'Alliance mondiale pour les Vaccins et l'Immunisation (GAVI) créée récemment pour déterminer la manière dont la Région pouvait participer à la mise au point de nouveaux vaccins.

Le Comité a loué la direction et l'encadrement que l'OPS apporte à ce domaine depuis de nombreuses années. Toutefois, il était préoccupé par le fait que, malgré les

accomplissements de la Région, il existaient encore de tels écarts dans les taux de couverture vaccinale entre pays et entre groupes au sein des pays. Les problèmes politiques et le manque continu d'accès aux services de santé de base entravent les efforts faits dans cette direction. Les évaluations nationales réalisées par l'OPS pouvaient aider les pays à négocier un financement plus important des organismes de coopération. Il a été proposé que le document présente également un examen des relations entre la réforme du secteur de la santé et des tendances de vaccination soulignant les défis liés au maintien des taux de couverture élevés au niveau local vu les réformes récentes.

Le Comité a exprimé son soutien des activités actuelles de l'Organisation en faisant une mention spéciale de l'inclusion de la supplémentation en vitamine A dans les programmes de vaccination et projets concernant la mise au point de vaccins et le contrôle de qualité de la production. Le Comité a recommandé vivement à l'OPS de renforcer la collaboration et la communication entre les chercheurs participant à la mise au point et à la production de vaccins, de même que l'échange d'expériences réussies entre pays.

Au vu des progrès rapides faits pour éradiquer la poliomyélite dans le monde, un Membre du Comité a demandé quand pouvait-on espérer le début du processus de certification et quand les vaccinations pourraient s'interrompre aux Amériques. Le Dr de Quadros a répondu que la commission de certification mondiale était déjà mise en place de même que les comités pour chaque région. Dans un certain sens, le processus mondial avait déjà commencé avec la certification d'absence de la maladie aux Amériques. Le but était d'arriver à l'éradication mondiale d'ici 2005. Si ce but était atteint, les vaccinations cesseraient probablement entre 2005 et 2010 suivant les résultats de la recherche en cours sur la circulation des souches virales provenant des vaccins.

Le Dr de Quadros a signalé que l'inclusion de la supplémentation en vitamine A dans les programmes de vaccination avait abouti à de bons résultats. L'initiative dépend du Programme de nutrition de l'OPS et elle est soutenue par un don du Canada. Il a indiqué également que les chercheurs travaillant à la mise au point de vaccins organisent des réunions annuelles pour échanger des informations et renforcer la collaboration.

Enfin, il a communiqué au Comité des informations supplémentaires sur les possibilités et les limitations présentées par la GAVI. Plus de 90% des ressources de la GAVI s'élevant à plus de \$1 milliard d'ici la fin de l'année étaient réservées à l'achat de vaccins contre l'hépatite B et *Haemophilus influenzae* type b (Hib) pour les pays qui n'ont pas les moyens pour les acquérir. Seuls six pays de la Région des Amériques (Bolivie, Cuba, Guyane, Haïti, Honduras et Nicaragua) ont les conditions requises pour recevoir cette aide sur la base de

leur PNB par habitant. Mais les pays concernés payaient déjà à partir de leurs propres ressources et certains souhaitaient utiliser des vaccins tétravalents ou pentavalents contenant des antigènes pour l'hépatite B et/ou Hib au lieu de vaccins simples. Des conversations sont en cours pour déterminer si les pays des Amériques peuvent utiliser l'aide de la GAVI pour maintenir l'infrastructure et un accord a été négocié avec l'Alliance pour permettre aux pays d'employer les ressources de la GAVI pour acheter des vaccins tétravalents et pentavalents. Mais la réalisation de l'accord restait incertaine car le fonds GAVI – entité légale, contrairement à l'Alliance – était géré par des producteurs de vaccins et financé en grande partie par le secteur privé. Il était espéré également que la GAVI prenne les mesures nécessaires pour éviter les pénuries des vaccins congelés- contre la rougeole, la rougeole-rubéole et la rubéole-oreillons. L'année dernière, des pénuries sont survenues car les fabricants avaient utilisé leur capacité de lyophilisation vers la production d'un vaccin Hib plus cher.

Le Directeur a souligné à nouveau la nécessité de profiter avec prudence des occasions fournies par la GAVI. Pour être sûr que l'initiative soit réussie, l'enthousiasme philanthropique de ses créateurs devrait être atténué par la connaissance des besoins les plus urgents des pays. Le Directeur a indiqué par ailleurs que l'effort mondial pour éradiquer la rougeole ne doit pas être remis à plus tard jusqu'au moment où le monde sera libéré de la poliomyélite. Il a recommandé vivement aux autorités sanitaires des Amériques de passer à l'action dès maintenant.

Le Comité a adopté la résolution CE126.R4.

### ***Evaluation du Programme régional de bioéthique (document CE126/11)***

Le Dr Juan Antonio Casas (Directeur, Division de la santé et du développement humain, OPS) a présenté un survol du développement historique et des activités actuelles du Programme régional. Il a noté que la bioéthique est une discipline relativement jeune qui s'est développée rapidement ces 30 à 40 dernières années en réponse à la croissance extrêmement rapide des connaissances médicales et à l'introduction de nouvelles technologies. Depuis le milieu de années 80, l'OPS fournit une coopération technique aux institutions publiques et privées dans ses Etats Membres sur le développement conceptuel et pratique de la bioéthique. Le Programme régional de bioéthique a été créé en 1993 et son siège se trouve à Santiago au Chili.

Le Programme diffuse de l'information sur la bioéthique, encourage l'inclusion des problèmes bioéthiques, coordonne le développement d'un réseau de professionnels et

d'institutions disposant d'une expertise dans le domaine, soutient les activités nationales en vue de sensibiliser à la bioéthique et de promouvoir son application et il encourage la recherche, l'éducation et la formation en ce domaine. Concernant ces derniers volets, le but est de communiquer une connaissance spécialisée en bioéthique au plus grand nombre possible de professionnels de la médecine de la Région. Au début de son existence, le Programme a créé un centre de documentation et d'information qui est devenu maintenant une base de données bibliographiques avec 3 500 titres accessibles par le biais de l'Internet. Le Programme publie également deux revues et de nombreux documents et plusieurs ouvrages.

Le Programme *Magister* en bioéthique à l'Université du Chili en collaboration avec la Universidad Complutense à Madrid en Espagne est l'un des grands accomplissements du Programme. (Un programme magister est un programme intermédiaire entre une option spécialisée et un programme de maîtrise.) Environ 80 professionnels de la Région ont suivi ce programme et 400 personnes en plus ont assisté à des séminaires organisés par l'OPS sur des thèmes de bioéthique. Un second programme *magister* a été organisé récemment dans la République dominicaine afin d'élargir l'accès à la formation en matière de bioéthique. Dans le but d'aider l'OPS à répondre aux défis bioéthiques associés aux priorités spécifiques fixées par des planificateurs de la santé dans la Région, un Comité consultatif international en bioéthique a été créé en 1999. La première réunion a été l'occasion de mettre au point une publication très diffusée sur la recherche avec des sujets humains.

Le Programme a également commandité une évaluation externe de son travail réalisée pendant le premier trimestre de 2000 par le Dr James F. Drane de l'Université d'Edinboro en Pennsylvanie, Etats-Unis. Le Dr Drane est un éminent spécialiste du domaine dont le rapport est joint en annexe du document CE126/11.

Dans son discours au Comité, le Dr Drane a parlé de la révolution dans le domaine de la médecine déclenchée par la mise en séquence du génome humain. Les traitements génétiques sont déjà utilisés sur une base expérimentale pour traiter certaines maladies. Récemment, le sujet humain d'un de ces essais est décédé. Un certain nombre de lacunes éthiques ont été mises à jour lors de l'enquête qui a suivi, montrant bien les dangers de la pratique médicale sans examen éthique objectif et rigoureux.

Le développement rapide de la discipline ces 30 dernières années souligne bien l'importance de la bioéthique. Malgré des priorités se livrant compétition, l'OPS doit s'engager dans ce nouveau domaine car c'est la seule organisation de la Région ayant la crédibilité, le prestige et la base polyvalente pour prendre un tel engagement. L'application correcte de la bioéthique demande des ressources pour la diffusion de l'information et

l'acquisition de l'expertise par le biais des programmes éducatifs. Des directives pour comprendre les principes de la bioéthique sont nécessaires non seulement pour les médecins, les hôpitaux et les facultés de médecine mais également pour les avocats et les journalistes. Des équipes d'experts de la bioéthique devraient être mises en place dans la Région pour entreprendre des tâches précises (par exemple, la création de programmes de bioéthique dans des hôpitaux et des facultés de médecine) ou pour se concentrer sur des questions médicales spécifiques.

En guise de clôture, le Dr Drane a rappelé au Comité qu'il ne suffit pas de se donner des normes bioéthiques mais un engagement et contrôle continus sont nécessaires pour assurer l'adhésion à ces normes. L'OPS est l'institution appropriée qui doit superviser les initiatives et les activités bioéthiques sur l'ensemble de la Région. Son évaluation comporte plusieurs recommandations concrètes pour la direction future du Programme régional.

Le Comité a exprimé sa reconnaissance pour le travail accompli par l'OPS dans le domaine de la bioéthique. Il a recommandé vivement à l'Organisation de collaborer davantage avec le nouveau programme de bioéthique de l'OMS ainsi qu'avec les initiatives d'autres organisations telles que l'UNESCO. Cette collaboration permettra aux organisations de partager l'expérience et évitera le double emploi des efforts, économisant ainsi sur les ressources limitées. Le Comité a recommandé que le réseau des spécialistes de la bioéthique mis en place par le Programme offre des perspectives pour la Région entière mais a mis également en garde indiquant que la discipline de la bioéthique doit croître et se développer dans les contextes historiques et culturels propres aux pays.

Le Comité a été d'accord pour dire que l'éducation formelle en bioéthique et son intégration à l'enseignement médical sont importantes. Mais, outre le fait de donner les orientations nécessaires dans les contextes universitaires et institutionnels, l'OPS devrait faire davantage pour encourager la participation du public aux débats bioéthiques car les questions à ce niveau sont pertinentes pour de nombreuses décisions touchant aux politiques publiques. La bioéthique doit influencer de plus en plus les questions de politique telles que le droit à l'accès aux services de santé.

Les futurs plans du Programme régional tel qu'ébauchés dans le document semblent faisables. Les pays doivent prendre les rênes en main en ce qui concerne la bioéthique, élargir la formation et adopter une législation nationale efficace. Le Secrétariat a été prié d'indiquer s'il est possible de mobiliser un soutien pour le Programme sur une base plus élargie dans la Région. Il a été remarqué que les initiatives pertinentes des pays pris individuellement ne sont

pas mentionnées dans le document. Un délégué a demandé des explications plus approfondies sur le concept de l'éthique objective.

Le Dr Casas a été d'accord sur l'importance d'élargir le champ d'action du Programme au domaine des politiques publiques mais a indiqué également qu'il faut maintenir son lien avec le monde universitaire. Le Programme devrait soutenir le réseau de recherche et le développement continu dans le domaine de la bioéthique tout en ouvrant de nouvelles voies pour intégrer la bioéthique aux discussions sur les politiques publiques et la prise de décisions dans le domaine de la santé. Il a assuré aux délégués que l'OPS était bien engagée à travailler avec d'autres organisations pour éviter le double emploi d'efforts. Il a ajouté qu'actuellement l'Organisation collaborait avec le Centre international Fogarty des National Institutes of Health, des Etats-Unis, afin de créer un réseau mondial se consacrant à l'analyse des questions éthiques dans le cadre des recherches sur des sujets humains. L'OPS et Fogarty vont parrainer une réunion internationale aux Amériques sur ce thème en 2002.

Tel que montré dans le document, le budget du Programme régional et ses sources de financement sont restés plus ou moins constants chaque année. Il est estimé que le montant des fonds extrabudgétaires disponibles pour le Programme augmentera en 2000. Il était certain que le document ne mentionnait pas les nombreuses initiatives de bioéthique réalisées au niveau national car il ne s'agissait pas d'un rapport détaillé. Mais un document plus détaillé en espagnol était disponible sur demande.

Le Dr Drane a fait savoir que le Programme régional de l'OPS se trouvait dans une position unique pour apporter la perspective de l'Amérique latine à sa collaboration avec des institutions internationales. A cette fin, il devait d'abord renforcer l'expertise régionale en bioéthique par le biais de la formation. S'il était certes important de reconnaître le volet éthique des politiques de santé (par exemple, l'accès aux soins de santé et le financement des services de santé), il était pourtant tout aussi important que le Programme continuait de travailler avec des institutions médicales et encourageait l'inclusion de la bioéthique au programme des facultés de médecine. En outre, certains problèmes bioéthiques tels que ceux présentés par la nouvelle biotechnologie étaient mieux traités dans le contexte médical que par le biais des décisions relatives aux politiques publiques.

Répondant à la question de l'éthique objective, il a indiqué que le terme concernait l'éthique universelle reconnue dans les déclarations internationales sur les droits. A son tour, l'éthique universelle devait être appliquée d'une manière qui tienne compte du climat culturel. C'était la raison pour laquelle il était important de vérifier que des personnes connaissant bien

le milieu local prennent part aux décisions comme par exemple, des membres des conseils d'examen des recherches.

Le Directeur a noté que les commentaires du Comité montraient que le Programme régional de bioéthique était généralement sur la bonne voie ne demandant que quelques modifications à ses orientations. Il pensait qu'il fallait maintenir la mission originale du Programme – apporter une formation et susciter l'intérêt dans la bioéthique. Un nouveau domaine d'intérêt devrait être celui de la formulation d'indicateurs sur la réussite du Programme. Si le Programme réussissait, une grande partie de son travail devrait être repris par l'ensemble d'experts dont il avait assuré la formation. Le Programme était là pour rappeler qu'au milieu de graves problèmes de santé, l'on ne pouvait pas se permettre de laisser de côté les problèmes bioéthiques. Effet secondaire tout à fait souhaitable : le Programme avait poussé l'OPS à examiner plus étroitement les conséquences éthiques de ses propres initiatives de coopération technique.

Il a souligné que l'OPS cherchait toujours à partager ses expériences en collaborant avec d'autres institutions comme elle l'avait fait avec Fogarty et le Wellcome Trust pour placer les grands problèmes de la bioéthique dans une optique mondiale. L'OPS cherchait à mobiliser non seulement des ressources financières mais aussi d'autres institutions pour qu'elles viennent se joindre au réseau. Le Directeur avait conclu en remerciant le Dr Drane pour son travail d'évaluation externe.

Le Comité a adopté la résolution CE126.R6.

### ***Innocuité des aliments (document CE126/12)***

Le Dr Jaime Estupiñán (Directeur, Institut panaméricain pour la Protection des Aliments et la Lutte contre les Zoonoses (INPPAZ) a récapitulé le contenu du document sur ce point de l'ordre du jour analysant les questions actuelles liées à la salubrité des aliments dans la Région et a présenté les buts, objectifs et stratégies du Programme régional de la coopération technique pour l'innocuité des aliments.

Lors des 10 années précédentes, de graves flambées de cas de maladies transmises par les aliments (MTA) avaient frappé diverses régions du monde, y compris les Amériques, attirant ainsi l'attention sur la nécessité de mettre en place des mesures de salubrité des aliments pour protéger la population. Le problème de la salubrité des aliments avait été analysé récemment par les organes directeurs de l'OMS et la résolution WHA53.15 adoptée

par la 53<sup>e</sup> Assemblée mondiale de la Santé faisait de la salubrité des aliments une priorité de santé publique.

Pour traiter la question de la salubrité des aliments au sein de la Région, l'OPS avait mis au point un plan stratégique qui tenait compte de la résolution WHA53.15 ainsi que des aspects sociaux, politiques, économiques et techniques du problème de la salubrité des aliments aux Amériques et des recommandations des organes directeurs de l'OPS, de l'Institut panaméricain pour la Protection des Aliments et la Lutte contre les Zoonoses (INPPAZ) et de la Réunion interaméricaine, au niveau ministériel, sur la Santé et l'Agriculture (RIMSA). L'INPPAZ était responsable de l'exécution du plan qui comportait les cinq objectifs suivants dans le court et le moyen termes : 1) organisation des programmes nationaux et locaux d'innocuité des aliments; 2) renforcement de la capacité des laboratoires pour la détection des contaminants microbiologiques et chimiques; 3) modernisation des méthodes d'inspection alimentaire, notamment en intégrant les bonnes pratiques de production et de fabrication (BPP/BPF), les procédures opérationnelles de propreté et de désinfection (SSOP) et la méthode d'analyse des risques, point critique pour leur maîtrise, connu sous le sigle HACCP; 4) amélioration des systèmes nationaux de surveillance; et 5) la promotion de la participation communautaire à la salubrité des aliments. Le document décrivait certaines des activités réalisées jusqu'à présent dans le but de réaliser ces cinq objectifs.

Le Plan régional comportait six objectifs à long terme pour l'année 2004 qui visent à exploiter l'avantage comparatif de l'OPS concernant la collaboration avec les pays et l'apport d'information et de formation dans le domaine de la salubrité des aliments. Ces objectifs sont décrits dans le document ainsi que les stratégies et les activités proposées pour les appliquer. Le Dr Estupiñán a mis en exergue tout particulièrement une stratégie : la création d'une commission régionale sur l'innocuité des aliments en vue de traiter des questions concernant la formulation des politiques régionales sur la salubrité des aliments et la mise en place/renforcement des programmes nationaux, la coordination intersectorielle entre les secteurs de la santé et de l'agriculture, la coordination entre les pays et la participation des producteurs et des consommateurs des denrées alimentaires.

Le Dr Estupiñán a conclu en soulignant les aspects essentiels des programmes d'innocuité des aliments : les programmes d'innocuité des aliments doivent être vus comme une responsabilité fondamentale en santé publique; les programmes d'innocuité des aliments doivent accorder une importance égale aux aliments destinés à la consommation nationale et à l'exportation et devraient également tenir compte de l'importance de l'innocuité des aliments pour le tourisme. Les programmes d'innocuité des aliments devraient se fonder sur des principes scientifiques et les normes du Codex alimentarius et devraient intégrer l'analyse des

risques; les programmes d'innocuité des aliments doivent reposer sur des systèmes de surveillance et ces programmes demandent également une étroite collaboration entre les pays et les secteurs ainsi qu'une coordination de la coopération technique internationale.

Suivant la présentation du Dr Estupiñán, le Comité a regardé une vidéo réalisée par l'OPS sur les activités d'amélioration de l'innocuité des aliments dans la Région.

Le Comité a constaté que le Plan régional est une solide base de la coopération technique de l'OPS dans le domaine de la sécurité alimentaire et soutient les buts et stratégies dont il est question dans le document. L'importance que le Plan accorde à l'utilisation de méthodes scientifiques de protection alimentaire est jugée fort valide au même titre que l'attention accordée à l'application des mêmes critères rigoureux aux aliments vendus sur les marchés internes que pour les produits destinés à l'exportation. Il a été souligné l'importance de la salubrité des aliments en tant que question de santé publique et moyen de promotion du développement économique. Il a été remarqué que la question des contaminants chimiques n'a peut-être pas été suffisamment traitée dans le document et que de tels contaminants posent un risque particulier pour certains groupes de la population, notamment les enfants et les groupes autochtones. Il a été remarqué également que les producteurs et les fabricants tendent à profiter des mécanismes réglementaires relativement faibles des pays en développement et que ces pays demandaient une assistance spéciale de l'Organisation pour mettre en place des systèmes adéquats de contrôle des aliments.

A l'instar du Sous-Comité de planification et de programmation, le Comité exécutif a loué le Secrétariat pour sa décision de transférer la responsabilité des zoonoses au Centre panaméricain de la fièvre aphteuse (PANAFTOSA) et de faire de la salubrité des aliments le rôle principal de l'INPPAZ. Le Comité a exprimé son soutien aux objectifs à long terme du renforcement de l'infrastructure de l'Institut et de sa stabilité financière pour lui permettre de fournir une coopération technique dans le domaine de l'innocuité des aliments.

Plusieurs délégués ont attiré l'attention sur le manque d'information financière dans le document et ont demandé que soit clarifié le niveau actuel des ressources et les futures prévisions budgétaires pour le Programme régional de protection des aliments. En ce qui concerne la commission régionale proposée sur la salubrité des aliments, certains Membres ont remis en question la nécessité de disposer d'un tel organisme et ont encouragé le Directeur à consulter les représentants officiels dans les pays pour leur demander leur avis quant à la nécessité d'une telle commission et le cas échéant pour avoir leur opinion quant à sa composition. Enfin, il a été souligné que l'OPS devrait chercher à coordonner ses activités avec celles d'autres organisations travaillant dans le domaine de la salubrité des aliments afin

d'éviter les doubles emplois et de faire la meilleure utilisation des ressources. Le Représentant de l'Institut interaméricain pour la Coopération agricole (IICA) a affirmé la volonté de son organisation à travailler avec l'OPS dans le domaine de la salubrité des aliments.

Le Dr Estupiñán a expliqué que, sur la période allant de 1970 à 1990, l'OPS a cherché à soutenir les pays en vue d'organiser des programmes de détection des contaminants chimiques dans les produits alimentaires d'origine animale et végétale. L'Organisation a reçu une aide à ce niveau de la part de plusieurs Etats Membres notamment du Canada. Actuellement, un grand nombre de pays disposaient de tels programmes et l'OPS continuait d'aider ceux où ce n'est pas le cas. Le problème des contaminants chimiques n'a pas été traité de manière approfondie dans le document car c'était le sujet d'importants travaux préalables mais c'est bien un problème aussi grave que celui des contaminants microbiens et il reçoit une attention égale. Par exemple, tel que noté dans le document, le Réseau interaméricain des laboratoires d'analyse des aliments cherchait à renforcer la capacité d'analyse des deux types de contaminants.

Le Directeur répondant aux questions budgétaires a noté que le financement du Programme de protection alimentaire était associé de près à la question du financement de l'INPPAZ. Le Secrétariat est engagé dans des discussions intenses avec le nouveau Gouvernement de l'Argentine – le pays hôte de l'Institut- concernant le paiement de ses contributions à l'INPPAZ. Certes il reste optimiste mais jusqu'à présent, les négociations n'ont pas abouti à des résultats concrets. L'Institut a réussi à continuer de fonctionner en faisant extrêmement attention à la dépense mais ses activités sont très limitées par ces contraintes budgétaires. Le Président du Service national de santé et de la qualité de l'agro-alimentaire (SENASA) doit rendre visite à l'OPS pendant la seconde semaine de juillet et il était prévu que cette visite aboutirait à un solide engagement financier de l'Argentine face à l'Institut. Mais si un accord n'était pas conclu avec le pays hôte en vue de maintenir une solide base financière pour l'INPPAZ – situation que le Directeur ne souhaite nullement- il serait obligé de consulter les Organes directeurs concernant l'avenir de l'Institut.

Quant à la commission régionale proposée sur la protection alimentaire, il a noté que, lors de la dernière Réunion interaméricaine, au niveau ministériel, sur la Santé et l'Agriculture (RIMSAs), tenue en 1999, l'on s'était montré vivement intéressé par la création d'une telle commission. L'expérience en ce qui concerne le Comité hémisphérique pour l'éradication de la fièvre aphteuse (COHEFA) démontrait la valeur de compter sur une commission pouvant se pencher sur un problème préoccupant pour tous, par exemple les maladies transmises par les aliments et la salubrité des aliments. Il était estimé que, lors de la prochaine réunion RIMSAs, prévue pour avril 2001, l'on demandera à nouveau que soit créée une commission

régionale sur l'innocuité des aliments. Aussi, bien qu'il doive consulter à ce propos les représentants nationaux, il est certain que la majorité soutiendra l'idée.

Le Comité exécutif a adopté la résolution CE126.R7.

***Maladies cardio-vasculaires : l'hypertension (document CE126/13)***

Le Dr Sylvia Robles (Coordinateur, Programme de maladies non transmissibles, OPS) a présenté une information sur le problème des maladies cardio-vasculaires dans la Région et a décrit l'approche de santé publique à leur prévention et contrôle, préconisée par l'OPS. L'Organisation pense qu'une approche de santé publique, axée sur le contrôle de l'hypertension, est essentielle pour deux raisons :

Premièrement, les maladies cardio-vasculaires sont la cause la plus fréquente de décès et d'invalidité chez les hommes et les femmes non seulement au Canada et aux Etats-Unis mais partout en Amérique latine et aux Caraïbes. Ces maladies ne frappent pas seulement des adultes plus âgés – mythe courant- mais aussi des adultes dans les années les plus productives de leur vie, d'où toutes les conséquences économiques qu'elles entraînent. Parmi les maladies cardio-vasculaires, les deux causes les plus importantes de mortalité et d'invalidité prématurées sont l'ischémie coronarienne et l'accident cérébro-vasculaire. Toutefois, l'on sait qu'elles peuvent être prévenues par le biais d'un traitement et d'un contrôle à temps des facteurs de risque. L'hypertension – condition affectant un adulte sur quatre dans la Région- est un facteur de risque pour les deux maladies et d'autres maladies cardio-vasculaires.

Deuxièmement, la prévention efficace des maladies cardio-vasculaires et d'autres maladies non transmissibles demande une approche qui traite des facteurs de risque les plus importants, par exemple le tabagisme, le mauvais régime alimentaire et le manque d'activité physique. Une approche de soins de santé primaires – insistant sur la prévention, les stratégies de promotion sanitaire et les interventions communautaires – est de loin meilleure que l'approche actuelle essentiellement clinique au traitement des maladies cardio-vasculaires qui souvent ne sont dépistées que lorsqu'elles sont déjà arrivées au stade où elles exigent des soins secondaires ou tertiaires. Une telle approche comporte un avantage en plus : elle est d'un coût nettement moindre.

Troisièmement, les maladies cardio-vasculaires frappent les différents groupes de la population de manière différente. Le sexe, le niveau d'instruction et d'autres facteurs sont associés aux différents taux de mortalité résultant de cette cause.

La quatrième raison et la plus importante justifiant l'approche de santé publique aux maladies cardio-vasculaires, avec toute l'importance accordée au contrôle de l'hypertension, c'est que l'approche est efficace et qu'elle réussit. Le Dr Robles a présenté des données qui montrent que le contrôle de l'hypertension avait un impact important sur la mortalité imputable aux maladies cérébro-vasculaires et aux ischémies coronariennes.

Le Programme de l'OPS sur les maladies non transmissibles préconise donc une approche intégrant la promotion sanitaire, la prévention primaire et la prise en charge des maladies cardio-vasculaires. L'approche utilise des stratégies CARMEN (Actions pour la réduction multifactorielle des maladies non transmissibles) et d'autres programmes communautaires visant à prévenir les facteurs de risque des maladies non transmissibles en général. De plus, l'OPS s'est jointe aux instituts nationaux des Etats-Unis pour le cœur, les poumons et le sang et à plusieurs autres organisations pour créer l'Initiative panaméricaine de l'hypertension dont les objectifs sont d'intensifier le dépistage des personnes avec une tension artérielle élevée et d'améliorer l'acceptation et l'adhésion au traitement chez le patient.

Le Comité exécutif reconnaît toute la validité de l'approche santé publique aux maladies cardio-vasculaires et de l'Initiative panaméricaine pour l'hypertension et fait l'éloge du document pour son caractère complet et sa qualité technique. L'on propose de le publier, avec quelques petits remaniements, dans le *Pan American Journal of Public Health*, pour sensibiliser davantage à la gravité du problème dans la Région. Parmi les perfectionnements proposés, le document pourrait faire une analyse des tendances régionales désagrégées par causes principales des maladies cardio-vasculaires. A cet égard, un délégué a signalé que le document semble se concentrer de manière excessive sur l'hypertension en tant que facteur de risque principal pour les maladies cardio-vasculaires alors que d'autres facteurs de risque tels que le tabagisme et le mauvais régime alimentaire sont tout aussi graves. De plus, alors que le document note l'association entre le statut socio-économique et les inégalités au niveau de la distribution des facteurs de risque et de la mortalité cardio-vasculaire, il devrait néanmoins accorder une plus grande attention à l'utilisation de cette information pour la formulation des stratégies d'intervention répondant aux besoins spéciaux des populations défavorisées telles que les groupes autochtones. Le Comité souligne la nécessité de la surveillance pour déterminer la distribution des facteurs de risque et identifier les groupes devant être ciblés par les interventions. Il a été proposé que l'OPS envisage de mettre au point des outils de surveillance uniformes à cette fin.

Plusieurs délégués pensaient que le document devrait accorder une plus grande importance à l'éducation pour la prévention des maladies cardio-vasculaires. L'on souligne notamment à ce propos que les activités d'éducation devraient commencer au moment de l'enfance afin d'encourager l'adoption de styles de vie sains et pour prévenir les

comportements qui risquent de mener à des maladies cardio-vasculaires par la suite dans la vie. La formation du personnel de soins de santé primaires afin qu'il sache prendre en charge l'hypertension et les maladies cardio-vasculaires est également jugée essentielle.

Le Comité a donné son aval à la stratégie CARMEN et à d'autres stratégies car elles sont des moyens efficaces et abordables de prévenir et de contrôler les maladies cardio-vasculaires et d'autres maladies non transmissibles. Il a été remarqué que le coût élevé des médicaments utilisés couramment pour traiter l'hypertension les met hors de portée de la plupart des personnes dans les pays en développement, d'où le caractère impératif des approches non pharmacologiques au traitement. Plusieurs délégués ont noté la nécessité de faire des recherches sur l'efficacité de médicaments à faible coût et des études sur le coût-avantage afin de démontrer la valeur de l'investissement dans le contrôle de l'hypertension comme moyen de réduire les maladies cardio-vasculaires. Enfin, il a été remarqué que l'hypertension est un traceur et que les mesures prises pour la prévenir et la contrôler aideront également à réduire le risque d'autres maladies liées à des modes de vie malsains.

Le Dr Robles a indiqué que l'OPS était d'avis que la prévention et le contrôle de l'hypertension font partie d'une approche intégrée à la prévention et au contrôle de maladies non transmissibles en général. Le document se concentrait sur l'hypertension parce que la 125<sup>e</sup> session du Comité exécutif avait retenu les maladies cardio-vasculaires en insistant sur l'hypertension comme des thèmes qui seront envisagés pour la 126<sup>e</sup> session. Tel que nous l'avons noté, l'hypertension est un traceur et les interventions conçues à son effet traitent de tout un ensemble de facteurs de risque pouvant être à l'origine d'autres maladies non transmissibles. L'Organisation apporte une coopération technique pour aider les pays à mettre en œuvre et à renforcer les programmes communautaires tels que CARMEN visant à susciter des changements comportementaux et à encourager des styles de vie sains aidant à prévenir non seulement les maladies cardio-vasculaires mais toutes les maladies non transmissibles. La promotion de l'activité physique était un des éléments essentiels du Programme des maladies non transmissibles pendant l'année passée.

Quant au coût élevé des médicaments utilisés pour traiter l'hypertension, certains faits viennent montrer que l'hypertension peut être contrôlée en utilisant des médicaments à faible coût de pair avec des mesures de prévention primaires et secondaires. A cette fin, des directives cliniques claires doivent être adoptées dans les services de santé et il faut renforcer la capacité du personnel des soins de santé primaires pour qu'il sache traiter efficacement l'hypertension.

Le Comité a adopté la résolution CE126.R16.

***Dispositifs médicaux (document CE126/14)***

M. Antonio Hernández (Conseiller régional, génie et maintenance des services de santé, OPS) a présenté le document sur la réglementation de l'équipement et des dispositifs médicaux dont la première version avait été préparée par le Gouvernement du Canada lors de la 34<sup>e</sup> session du SPP. Vu le développement rapide au niveau de la commercialisation et de l'utilisation des dispositifs médicaux en Amérique latine et aux Caraïbes, la réglementation est devenue chose de plus en plus préoccupante pour les ministères de la santé dans cette Région. L'OPS travaille avec les pays depuis 1994 pour mettre en place et renforcer des cadres réglementaires afin de garantir l'efficacité, la sécurité et la qualité de tous les dispositifs médicaux utilisés dans les services de santé et par la population. L'Organisation reçoit beaucoup d'aide à ce niveau de diverses organisations nationales et non gouvernementales dont le Bureau des dispositifs médicaux du Canada, l'Administration des produits alimentaires et pharmaceutiques des Etats-Unis (FDA), l'Institut de recherche sur les soins d'urgence (ECRI), tous les centres collaborateurs de l'OPS/OMS.

En octobre 1999, l'OPS a parrainé une réunion consultative sur la réglementation des dispositifs médicaux dont le rapport final a été distribué au Comité exécutif pendant sa 126<sup>e</sup> session. Cette réunion a permis d'arriver à un certain nombre de conclusions et de recommandations qui ont été présentées dans le rapport final et dans le document préparé pour le Comité. Entre autres, les participants ont recommandé que l'OMS et l'OPS renforcent leur participation et encouragent la participation des pays aux activités internationales et aux initiatives dans le domaine des réglementations des dispositifs médicaux dans le but de faciliter l'harmonisation des réglementations. La consultation a également recommandé que les pays de l'Amérique latine et des Caraïbes fassent partie du groupe de travail sur l'harmonisation mondiale (GHMF), consortium international volontaire qui encourage l'harmonisation des réglementations des dispositifs médicaux dans des pays développés et en développement du monde entier.

Le plan d'action proposé dont il est question dans le document répond aux recommandations de la réunion consultative et à la demande croissante de coopération technique des pays dans le domaine des dispositifs médicaux. Le plan porte sur les activités suivantes : préparation d'un profil régional et de rapports de situation des divers pays portant sur la réglementation des dispositifs médicaux; l'organisation de cinq ateliers sous-régionaux sur les dispositifs médicaux dont le premier est prévu pour octobre 2000; la facilitation de la participation des autorités réglementaires de l'Amérique latine et des Caraïbes aux réunions du GHMF et autres groupes d'étude; le renforcement de l'utilisation de "Med-Devices", forum électronique de discussion et consultation parmi les autorités réglementaires, coordonné

par l'OPS; la circulation de directives et d'un programme modèle pour la réglementation des dispositifs médicaux présentés à la réunion consultative ainsi que la préparation d'un glossaire de termes et d'un guide non technique sur la réglementation de l'équipement et des dispositifs en tant que la première étape de la formulation de directives plus détaillées et la coopération technique de l'OPS/OMS en coordination avec les centres collaborateurs susmentionnés. Le budget estimé pour mettre en œuvre le plan d'action sur la période 2001-2002 est de \$300 000.

Le document CE126/14 comprend une liste des activités recommandées que le Comité exécutif est prié d'envisager. Le Comité a approuvé les recommandations et le plan d'action proposé. Il soulignait notamment le besoin de répondre à la réalité des pays et d'incorporer progressivement leurs réglementations en tenant compte des structures réglementaires actuelles et de leur capacité à mettre en place et à appliquer de nouvelles réglementations. L'on a également souligné l'importance de tenir compte des facteurs socioculturels qui influencent l'utilisation de dispositifs médicaux et l'impact différent qu'entraîne leur utilisation sur des groupes marginalisés de la population (femmes, enfants, groupes autochtones).

Le Comité a donné son appui aux ateliers biennaux proposés en vue de promouvoir l'harmonisation des réglementations sur les dispositifs médicaux et la création d'un groupe ponctuel pour faire progresser l'harmonisation entre un atelier et l'autre. S'agissant de ce dernier point, il a été signalé que le document préparé pour le SPP avait proposé la création d'un comité directeur formel mais le Sous-Comité avait indiqué que, vu les ressources limitées dont on disposait, il serait préférable de créer un comité ponctuel et cette suggestion avait été portée au document. Les ateliers sont vus comme une formule intéressante pour fournir une formation sur les ressources humaines, élément tout à fait essentiel pour la mise en place et le maintien de systèmes réglementaires. A l'instar du Sous-Comité, le Comité exécutif a fait l'éloge de la décision de l'OPS de ne pas demander un financement auprès de l'industrie des dispositifs médicaux pour mettre en œuvre le plan d'action vu que certaines recommandations de l'Organisation pouvaient aller au sens inverse de celles de l'industrie.

Plusieurs modifications ont été proposées à la séquence des activités prévues dans le plan d'action. Il a été dit qu'effectivement la collecte de données sur la situation actuelle des programmes réglementaires devrait être la première étape. L'étape suivante concernait la création du groupe ponctuel qui devrait analyser les données et formuler des recommandations adaptées en fonction du niveau de développement réglementaire des pays. Il a été remarqué que les pays peuvent être divisés en trois groupes fondamentaux : pays qui se trouvent aux étapes initiales de la mise en place d'une structure réglementaire, pays aux

étapes intermédiaires et pays avec des structures réglementaires plus avancées. En outre, il a été proposé que l'OPS envisage d'établir un cadre réglementaire régional ou "sceau d'approbation" auquel les pays peuvent adhérer s'ils le souhaitent. Un tel cadre serait moins cher à appliquer pour les petits pays et faciliterait l'harmonisation réglementaire internationale.

Le Comité a remercié le Gouvernement du Canada de la préparation du document et du soutien apporté à l'Organisation et à divers membres dans le domaine de la réglementation des dispositifs médicaux. Le Délégué du Canada indique que sa délégation était heureuse d'avoir eu l'occasion de travailler avec le Secrétariat à la rédaction du document et avait trouvé l'expérience intéressante et gratifiante. Il a invité également les pays de l'Amérique latine et des Caraïbes à assister à la prochaine réunion du GHTF, qui se tiendrait à Ottawa (Ontario, Canada) en septembre 2000.

M. Hernández a assuré au Comité que l'OPS encouragerait la participation à la réunion du GHTF en septembre où l'on espérait qu'une séance spéciale serait consacrée aux besoins des pays de l'Amérique latine et des Caraïbes. Concernant les commentaires sur l'importance des facteurs socioculturels, il a dit que l'OPS pensait qu'il était fondamental d'assurer la présence de pays de l'Amérique latine et des Caraïbes précisément parce qu'ils apportaient une optique différente aux efforts d'harmonisation internationale. La participation au GHTF permettrait également aux pays de l'Amérique latine et des Caraïbes de profiter de l'expérience de pays qui ont des systèmes réglementaires bien développés leur évitant ainsi de devoir mettre en place une infrastructure entière à partir de zéro. Répondant à la question sur les directives et le programme modèle, il a dit que les directives visaient à aider les pays à formuler des réglementations et des normes relatives aux dispositifs médicaux alors que le programme modèle est une approche à la mise en place d'un programme réglementaire pour les pays qui ont déjà formulé des réglementations.

Prenant la parole à la demande du Directeur, le Dr Daniel López Acuña (Directeur, Division du Développement des Systèmes et Services de santé) a souligné que la réglementation des biens et services de santé est une fonction essentielle des ministères de la santé. L'OPS était d'avis que la réglementation des dispositifs médicaux était un aspect capital du rôle directeur des ministères de la santé et l'Organisation encourageait vivement les pays à intégrer cette fonction à leur réforme du secteur de la santé. Le travail de l'Organisation dans le domaine de la réglementation des dispositifs médicaux s'inscrivait dans le cadre de l'effort général fait pour renforcer le rôle directeur et la capacité réglementaire des ministères de la santé, domaine que les Organes directeurs ont jugé prioritaire pour l'OPS.

Le Directeur a réitéré les commentaires du Dr López Acuña, insistant sur le fait que l'Organisation et ses Etats Membres doivent résister à toute tendance visant à diminuer le rôle critique des ministères de la santé en ce qui concerne la direction et la réglementation des activités dans le secteur de la santé. Quant à la suggestion voulant que l'OPS mette en place un cadre réglementaire régional, il ne pensait pas que la tâche soit adéquate pour l'Organisation. L'OPS n'était pas une entité supranationale qui puisse imposer des réglementations aux pays. L'OPS aidera le mieux les pays en donnant des conseils aux ministères de la santé sur les meilleures pratiques et en fournissant un soutien dans le cadre de l'effort fait pour harmoniser la réglementation des dispositifs médicaux.

Le Comité exécutif a adopté la résolution CE126.R8.

***Harmonisation des réglementations pharmaceutiques (documents CE126/15 et CE126/15, Corrig.)***

Mme Rosario D'Alessio (Conseillère régionale, Services pharmaceutiques, OPS) a récapitulé le document sur ce point de l'ordre du jour préparé au départ par le Gouvernement des Etats-Unis d'Amérique pour la 34<sup>e</sup> session du SPP. L'initiative d'harmonisation de la réglementation pharmaceutique était analogue à l'initiative de la réglementation des dispositifs médicaux visant à assurer la disponibilité de produits pharmaceutiques sûrs, efficaces et de qualité dans la Région. Ces dernières années, l'on s'intéresse davantage à l'harmonisation des réglementations de médicaments vu l'expansion des marchés mondiaux et la tendance allant vers l'intégration économique, accompagnées d'une prise de conscience plus grande voulant que, dans la commercialisation des produits sanitaires, les aspects touchant à la santé prennent le pas sur les considérations économiques. L'harmonisation peut être définie comme la recherche d'un terrain commun dans un cadre de normes internationales reconnues en tenant compte des différences sur le plan de la santé, des situations politiques et des réalités législatives dans les pays des Amériques.

Le document décrivait les principales initiatives d'harmonisation en cours dans le domaine international et dans la Région. La Conférence internationale sur l'harmonisation des normes techniques applicables à l'homologation des produits pharmaceutiques destinés à l'homme (ICH) a permis de réunir les autorités réglementaires de l'Europe, du Japon et des Etats-Unis pour trouver des manières d'améliorer, par le biais de l'harmonisation, l'efficacité du processus de mise au point et d'homologation des produits médicaux dans les trois régions. Au sein de l'Union européenne, l'Agence européenne pour l'évaluation des médicaments (AEEM) a été créée pour faciliter l'homologation des produits pharmaceutiques et l'harmonisation des réglementations pharmaceutiques dans les 15 pays membres

européens. La Conférence internationale des autorités de réglementation pharmaceutique (CIARP) convoquée par l'OMS tous les deux ans depuis 1980 vise à promouvoir l'harmonisation, l'échange d'information et les approches de collaboration face aux problèmes préoccupant les autorités de réglementation pharmaceutique dans le monde entier.

Dans les Amériques, la discussion de l'harmonisation se déroule essentiellement dans le cadre des cinq initiatives d'intégration sous-régionale – l'Accorde de libre-échange nord-américain (ALENA), le Marché commun du Sud (MERCOSUR), Le Système d'intégration de l'Amérique centrale (SICA), la Communauté des Caraïbes (CARICOM) et le Groupe des Andes. Mme D'Alessio a parlé des progrès qui ont été faits dans chaque sous-région et a mentionne les obstacles qui entravent les progrès, par exemple : le manque de volonté politique pour soutenir les changements nécessaires à la mise en place des accords d'harmonisation, le manque de ressources humaines formées pour appliquer ces changements, les taux élevés de rotation du personnel dans les agences de réglementation des produits pharmaceutiques ainsi que les coupes budgétaires et les contraintes de ressources.

L'Organisation a convoqué une série de conférences panaméricaines sur l'harmonisation de la réglementation pharmaceutique entre 1997 et 1999. Ces conférences cherchent à promouvoir l'échange et le dialogue entre les cinq groupes sous-régionaux et à faire participer les pays qui ne font pas partie de ces groupes. Les conférences panaméricaines ont permis d'établir le Réseau panaméricain de l'harmonisation de la réglementation pharmaceutique qui se rencontre tous les deux ans et son Comité directeur qui continue les activités relevant de l'harmonisation dans l'intérim entre les conférences. L'OPS est le Secrétariat du Réseau qui est un forum de discussion regroupant non seulement les autorités nationales de réglementation des médicaments mais également des représentants de l'industrie, des groupes de consommateurs et des associations universitaires et professionnelles. La première réunion du Réseau avait eu lieu en avril 2000. Lors de cette réunion, les participants ont approuvé un plan de travail pour la période allant de 2000 à 2001, joint en annexe au document CE126/15. Le budget total pour mettre en œuvre les divers volets du plan s'élève à \$430 000.

Le Comité exécutif a exprimé son soutien pour le Réseau ainsi que le plan de travail et a félicité l'OPS pour son rôle de facilitation. Mais il a été remarqué que l'Organisation ne pouvait pas assumer la principale responsabilité ni fournir les ressources nécessaires pour faire progresser l'harmonisation de la réglementation des médicaments aux Amériques. Les pays doivent être prêts à engager les ressources nécessaires et à prendre les mesures requises pour renforcer leur capacité réglementaire alors que le rôle de l'OPS consistait à donner des conseils techniques et à assurer la liaison des activités d'harmonisation. Il a été souligné

également qu'il faut tenir compte des différentes étapes de mise au point de la réglementation auxquelles se trouvent les pays lorsqu'on exécute le plan de travail. Un des délégués a indiqué que le document semble insister essentiellement sur les avantages économiques de l'harmonisation de la réglementation pharmaceutique et proposait d'insister sur le concept des médicaments en tant que bien social et sur la valeur sociale de l'harmonisation.

L'Organisation a été encouragée à chercher le financement nécessaire pour le plan auprès de sources extrabudgétaires dont l'industrie pharmaceutique bien qu'il faille faire attention à maintenir la transparence et à éviter toute conditionnalité dans le financement. Plusieurs délégués ont demandé quelle était la raison de l'accroissement notable dans le budget prévu pour la mise en œuvre du plan, notant que le chiffre proposé lors de la 34<sup>e</sup> session du SPP était de \$300 000.

Mme D'Alessio a expliqué que le chiffre de \$300 000 était une estimation basée sur la version préliminaire du plan de travail présenté par le Sous-Comité. Le plan avait été finalisé après la réunion du SPP devenant bien plus détaillée avec plus d'activités, ce qui expliquait l'accroissement budgétaire. L'Organisation cherchera à obtenir un financement extrabudgétaire pour mettre en œuvre le plan. Elle avait déjà obtenu des fonds extrabudgétaires pour les activités du Réseau, provenant de diverses sources dont les organismes gouvernementaux et les organisations non gouvernementales, les universités et les associations représentant l'industrie pharmaceutique. L'OPS espérait mobiliser la totalité de la somme de \$430 000 en une seule fois pour ne pas avoir à remettre à plus tard la mise en œuvre de telle ou telle partie du plan de travail suite au manque de financement.

Répondant à une question concernant le montant du financement provenant du budget ordinaire de l'OPS disponible pour soutenir le rôle de l'Organisation en tant que Secrétariat du Réseau panaméricain, elle a indiqué que pour la période biennale 2000-2001, la somme de \$279 679 avait été accordée au titre des médicaments essentiels et \$90 000 pour l'harmonisation de la réglementation pharmaceutique. En outre, elle a remarqué que d'autres activités financées à partir du budget ordinaire de l'OPS avaient contribué à l'amélioration de l'innocuité et de la qualité des médicaments dans les pays bien que ces fonds ne soient pas octroyés explicitement aux activités du Réseau. Enfin, Mme D'Alessio a réitéré la reconnaissance du Secrétariat au Gouvernement des Etats-Unis pour la préparation du document.

Le Comité exécutif a adopté la résolution CE126.R9.

***Santé infantile (document CE126/16)***

Mme Carol Collado (Coordinatrice, Programme de santé familiale et de population, OPS) a commencé sa présentation en notant que l'an 2000 serait l'occasion de mettre en exergue la santé infantile puisque cette année marquerait le dixième anniversaire du Sommet mondial de l'Enfance. Un certain nombre d'événements seraient organisés dans la Région pour souligner l'importance de la santé infantile, notamment la cinquième réunion ministérielle sur les enfants et la politique sociale devant se tenir en Jamaïque en octobre 2000, dont le but est de faire un examen de 10 ans et de présenter des recommandations pour la session spéciale de l'Assemblée générale des Nations Unies pour le suivi du Sommet mondial de l'Enfance, prévue pour septembre 2001. Cette séance permettra de définir un nouveau programme de santé infantile pour la prochaine décennie. De plus, "santé et adolescence" est le thème adopté pour le dixième sommet ibéro-américain des Chefs d'Etat et de Gouvernement, devant se tenir à Panama en novembre 2000. Le thème sera repris lors du prochain Sommet des Amériques qui se déroulera en septembre 2001 au Canada.

Ensuite, elle a présenté une vue d'ensemble de la situation sur la santé infantile dans la Région et a ébauché la proposition de l'OPS concernant le cadre et le plan d'action régional pour une santé et un développement intégral de l'enfant. Si des progrès importants ont certes été faits pour améliorer la santé infantile depuis le Sommet mondial, il n'en reste pas moins des défis de taille qu'il faut relever. La situation des enfants aux Amériques est caractérisée par des écarts de plus en plus prononcés en ce qui concerne l'équité; des modes d'urbanisation et de migration qui laissent un grand nombre d'enfants et de familles privés des systèmes traditionnels de soutien social; des changements au niveau du rôle de l'Etat touchant à la prestation des soins; des services de santé qui sont réactifs à la demande, surtout les soins curatifs et qui ont une capacité limitée au niveau de la réponse adéquate, de l'orientation ou encore de l'intégration des activités de promotion de la santé ainsi que l'émergence de nouveaux problèmes dont le SIDA de pair avec ceux non résolus tels que les carences nutritionnelles et les maladies liées à la pauvreté et au sous-développement.

Face à cette situation et tenant compte des réussites et des échecs de la décennie passée, l'OPS proposait de mettre en place un modèle pour le développement intégral de l'enfant avec la santé comme pivot central. Un tel modèle intègre l'action en vue de promouvoir un développement biopsychosocial sain par le biais de multiples points d'entrée et à divers niveaux : individu, famille, communauté, population ainsi que systèmes et services de santé. La mise en application du modèle demandera que soit élaboré un plan d'action régional. Le document décrivait les principes, les objectifs stratégiques et les actions qui sont la base du plan.

Les grandes lignes d'action proposées pour l'OPS outre la formulation du plan régional sont les suivantes : gestion et diffusion de l'information; promotion de la recherche; création de partenariats stratégiques; conception, essai et renforcement de mécanismes de plaidoyer, coordination et communication; mise au point et évaluation d'outils et de modèles pour la réalisation et l'évaluation des stratégies de promotion sanitaire; occasion d'apprentissage pour le personnel et formation pré-universitaire et post-universitaire ainsi que mobilisation de ressources. L'estimation préliminaire du budget nécessaire pour mettre au point et lancer le plan régional est de \$1 000 000.

A l'instar du Sous-Comité de planification et de programmation, le Comité exécutif a applaudi l'approche holistique prise face à la santé infantile préconisée dans le document et a vivement soutenu la formulation d'un plan régional fondé sur le modèle conceptuel de la santé intégrale de l'enfant. Il a été souligné que la santé infantile devait être vue comme un continuum de croissance et de développement tout au long du cycle de la vie et que l'investissement dans la santé infantile permettrait d'avoir des adultes plus sains et plus producteurs, d'où des avantages sociaux et économiques pour les pays. L'on a également souligné la nécessité de déployer une action multisectorielle et multidisciplinaire. Divers délégués ont décrit les efforts en cours dans leur pays pour améliorer et promouvoir la santé et le développement de l'enfant. Plusieurs délégués ont mentionné que leur pays avait officiellement adopté l'initiative "Enfants en bonne santé : but pour 2002" qui cherche à diminuer de 100 000 les décès infantiles dans la Région, d'ici l'an 2002.

Le Comité a identifié plusieurs domaines qui doivent être renforcés dans le document et intégrés au plan d'action. Il a encouragé également le Secrétariat à formuler des indicateurs pour suivre et évaluer le plan une fois qu'il ait été mis en œuvre. Il a été proposé notamment au titre de ces améliorations d'accorder une plus grande importance à l'activité physique des enfants. Tel que noté dans la discussion sur les maladies cardio-vasculaires, il est très important d'encourager l'adoption d'habitudes saines tels que l'exercice physique pendant l'enfance afin d'éviter des problèmes par la suite dans la vie. Plusieurs délégués ont également souligné la nécessité de mettre en exergue les liens entre la santé infantile et la santé maternelle, familiale et communautaire et de sensibiliser davantage à la responsabilité de la société et de l'Etat pour la protection et la promotion de la santé des enfants. Par ailleurs, on a souligné la nécessité d'accorder une plus grande attention à la santé et au développement des enfants d'âge préscolaire – qui souvent ont moins de contact formel avec les services de santé que les enfants plus jeunes ou plus âgés. En outre, il a été dit que le document devait clarifier la manière dont le plan régional et la stratégie de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfance (PCIME) pouvaient être complémentaires.

Il a été remarqué que, outre les événements mentionnés par Mme Collado, les pays auraient d'autres occasions de participer à l'élaboration d'un plan régional de santé de l'enfant lors de la réunion des ministres de la santé qui se tiendrait en octobre avant le Sommet ibéro-américain en novembre 2000. La discussion du Comité exécutif et l'examen subséquent de la santé infantile lors du 42<sup>e</sup> Conseil directeur seront importants pour préparer les recommandations que les ministres de la santé présenteront aux chefs d'Etat et de gouvernement lors du Sommet.

Mme Collado a observé qu'il semblait exister un consensus sur l'importance prioritaire de la santé infantile et la nécessité d'aller de l'avant en s'appuyant sur les progrès pendant la décennie qui a suivi le Sommet de l'Enfance. Le Comité exécutif avait soulevé d'excellents points dont le Secrétariat tiendrait compte en revoyant le document et en formulant le plan régional. De même que lors de la formulation du plan, le Secrétariat se tournerait vers les Etats Membres pour partager leur connaissance et expérience.

Le Directeur a insisté pour que l'OPS fasse très attention pour assurer que ses efforts concordent bien avec les activités régionales et mondiales dans le domaine de la santé infantile. L'Organisation continuera à collaborer étroitement avec d'autres organisations pour mettre au point le plan de santé infantile de la prochaine décennie. Il a noté que, lors de la discussion du Comité, l'on a beaucoup insisté sur l'amélioration de la santé infantile comme investissement pour l'avenir. Il est un fait qu'une meilleure santé infantile mène à une meilleure santé des adultes, mais il ne faut pas oublier que la santé et le développement des enfants sont en eux-mêmes des facteurs favorisant le développement économique. D'amples faits viennent montrer que l'amélioration de la santé à chaque étape de la vie, de l'enfance au vieil âge, a un impact positif sur le bien-être économique des pays, argument venant encore appuyer les plans faits pour promouvoir la santé sur le cycle entier de la vie.

Le Comité a adopté la résolution CE126.R17.

### ***Fonctions essentielles de la santé publique (document CE126/17)***

Le Dr Daniel López Acuña (Directeur, Division du Développement des Systèmes et Services de Santé) a indiqué que les fonctions essentielles de la santé publique (FESP) sont l'un des aspects de la santé publique faisant partie de l'Initiative des Amériques lancée par le Directeur au début de son second mandat. L'initiative cherche notamment à mettre en place un cadre pour mesurer la performance des FESP et, en fonction de ces mesures objectives, d'évaluer la pratique de santé publique dans tous les pays des Amériques. Les résultats de l'initiative seront un plan d'action continental pour renforcer l'infrastructure et la pratique de

santé publique et une publication, en 2002, contenant des méthodologies d'étude, des analyses comparatives des résultats et des actions proposées.

Le Dr López Acuña a expliqué que la santé publique n'est pas synonyme des actions de l'Etat dans le domaine de la santé car d'autres secteurs de la société participent également à la santé publique et parce que l'Etat a des fonctions sanitaires plus étendues dans le cadre de ce rôle de chef de file. La santé publique englobe la responsabilité de garantir l'accès aux services de santé et la qualité des soins mais elle ne recoupe pas forcément la prestation des soins. Les fonctions essentielles de la santé publique sont les éléments structureaux qui ont été mis en place pour protéger la santé. Ces structures doivent exister pour arriver à des interventions efficaces de santé publique. Les mesures de performance qui doivent être mises au point devront évaluer la capacité institutionnelle pour exécuter les FESP et l'adhésion aux normes d'intervention.

S'inspirant d'études précédentes réalisées par les Centers for Disease Control and Prevention (CDC) des Etats-Unis et par l'OMS, l'OPS a cherché à identifier les FESP dont la performance était suivie dans la Région. Les 12 fonctions essentielles qui ont été identifiées sont définies dans le document CE126/17. En collaboration avec les CDC et le Centro Latinoamericano de Investigaciones en Sistemas de Salud (CLAISS), l'OPS a conçu un instrument pour mesurer ces FESP aux Amériques. Un document contenant la version pilote de cet instrument (*Instrument au niveau national pour mesurer les fonctions essentielles de la santé publique*) a été distribué aux membres du Comité. L'instrument a été examiné par des experts et a été utilisé dans le cadre d'études pilotes en Bolivie, en Colombie et en Jamaïque. Les études pilotes montrent qu'il est possible d'utiliser les indicateurs, les normes et les mesures contenues dans le document pour chacune des fonctions. Les stratégies pour accomplir ce processus de mesure changeront d'un pays à l'autre. L'autorité sanitaire nationale sera le principal répondant mais il sera nécessaire d'obtenir également les points de vue locaux et non gouvernementaux. Il convient de se rappeler que le processus de mesure est une évaluation interne et non pas une évaluation externe. Les résultats permettront à chaque pays de mettre en place une base initiale pour ses efforts visant à améliorer la pratique de la santé publique.

Le Comité soutient vivement l'Initiative de Santé publique aux Amériques ainsi que le rôle directeur de l'OPS au niveau de l'administration de l'analyse de performance. En examinant les indicateurs et les normes, on peut identifier les faiblesses dans l'infrastructure de santé publique pour que les ressources soient dirigées vers ces points faibles. L'information réunie par un instrument d'évaluation peut aider les praticiens de la santé publique à négocier un financement pour des priorités de santé publique. Mais l'on remarque que, même si cet

instrument est très bon, il ne sera efficace que s'il est utilisé constamment. Pour encourager cette utilisation régulière, l'instrument doit rester aussi simple que possible et les pays doivent créer des comités de haut niveau pour vérifier le suivi des études initiales. L'Organisation devrait également continuer à consacrer le temps et les ressources nécessaires à ce projet complexe pour en faire une activité permanente. L'on a demandé de plus amples informations sur l'avenir de ce projet. Pour faciliter la tâche de l'évaluation au niveau des pays, l'OPS recommandait vivement d'utiliser dans la mesure du possible les données déjà collectées des gouvernements nationaux à d'autres fins plutôt que de demander à nouveau les mêmes données. Les écoles de santé publique pourront contribuer en apportant la formation nécessaire pour exécuter les activités d'évaluation.

Il a été remarqué que certains systèmes de santé dans la Région reposaient sur le concept de la santé comme un produit alors que d'autres partaient de l'idée que la santé est un droit. Les deux optiques doivent être intégrées à la documentation sur les FESP de sorte à ce que les indicateurs définis ne soient pas biaisés par les hypothèses des deux types de système. En outre, le document devant être préparé pour le Conseil directeur doit donner une définition plus claire et plus complète de la santé publique et de ce qu'elle recoupe. Un délégué a indiqué que l'initiative en vue d'améliorer la pratique de santé publique faisait partie du mouvement de réforme du secteur de la santé dans la Région, qui cherchait entre autres à augmenter l'équité au niveau de l'accès aux soins de santé. Par conséquent, les soins dispensés à une personne doivent être vus comme une fonction de base en santé publique.

Plusieurs changements sont proposés au vu de la liste des FESP dans le document 126/17. La fonction 3.8 "Utilisation des ressources humaines et formation en santé publique" pourrait probablement être élargie et englober les ressources financières qui ne sont pas mentionnées ailleurs dans la liste. Les fonctions 3.5 et 3.11 pourraient être combinées car les deux traitent de la planification, de la gestion des responsabilités en matière de réglementation concernant la pratique de la santé publique. Enfin, il a été proposé d'employer de termes plus forts sous la fonction 3.7 en vue de garantir l'accès équitable aux services de santé nécessaires plutôt que de promouvoir uniquement l'accès équitable.

Le Dr López Acuña a répondu que le Secrétariat avait déjà envisagé de fusionner les fonctions 3.5 et 3.11 sur la base des résultats des études pilotes. L'OPS reconnaît également que l'évaluation doit se concentrer davantage sur le contexte financier de la pratique de santé publique. L'instrument sera mis au point pour mieux suivre et mesurer les dépenses de santé publique.

Il a été convenu que le document préparé pour le Conseil directeur et l'instrument d'évaluation doivent tenir compte des différences entre les systèmes de santé axés sur l'approche produit et ceux donnant la priorité à l'aspect droit. Il convient de noter que l'outil aidera l'Etat à renforcer son rôle de pourvoyeur de biens publics et semi-publics avec des effets externes importants, quel que soit le type de système de santé. La suggestion voulant que soit donnée une définition plus élargie de la santé publique pour mieux comprendre les FESP a été notée. L'inclusion éventuelle des services de santé aux FESP dépend de la perspective du pays et du type de système de santé. L'importance du renforcement de l'accès équitable aux services de santé quelles que soient les entités fournissant ces soins serait reflétée dans les indicateurs.

Concernant l'avenir du projet, il a noté que, si le Conseil directeur donnait son aval, des initiatives de formation sous la direction des CDC débuteraient bientôt dans les sous-régions et aboutiraient à l'application à grande échelle de l'instrument pendant la première moitié de 2001. L'étape prochaine serait une analyse comparative des résultats qui serait publiée en 2002 de pair avec un plan régional pour renforcer l'infrastructure de santé publique. Il faut faire preuve d'imagination pour mobiliser les ressources. Outre le financement, il est très important de disposer d'un personnel formé et la suggestion quant à la participation des écoles de santé publique est fort valide. Il a remercié les CDC pour leur collaboration continue au projet.

L'Organisation essaiera de veiller à ce qu'elle ne fasse pas de demande double pour les mêmes données. Toutefois, il espère que les pays prendront l'instrument non pas comme un exercice de collecte de données régionales mais plutôt comme l'occasion d'une auto-évaluation. Les résultats fourniraient la base pour la révision des lois sanitaires dépassées et l'identification des faiblesses au niveau de l'infrastructure de sorte à cibler les investissements.

Le Directeur pensait qu'il entrerait dans la mission de l'Organisation d'entreprendre ce projet et de chercher à atteindre ce but audacieux. Il fallait non seulement faire une liste des fonctions essentielles de la santé publique aux Amériques mais voir aussi comment ces fonctions peuvent être complémentaires. L'Organisation n'imposera pas ce projet aux pays. S'ils pensent qu'il est utile, l'OPS travaillera en partenariat avec eux pour créer un produit d'évaluation et les aider à appliquer les résultats. Il espérait que le livre sur la situation de la santé publique aux Amériques serait publié pendant l'année du centenaire de l'OPS pour témoigner de l'empreinte laissée par le travail de l'Organisation.

Le Comité a adopté la résolution CE126.R18.

***Paludisme (document CE126/18)***

Le Dr Renato Gusmão (Conseiller régional sur les maladies transmissibles, OPS) a informé le Comité que le nombre annuel de cas de paludisme avait nettement augmenté ces 40 dernières années. En 1990, la maladie était endémique dans 21 pays et 1,1 million de personnes étaient infectées, d'après les registres nationaux. En 1992, les pays des Amériques se sont alliés à la Stratégie mondiale de lutte contre le paludisme dont les quatre grands principes sont les suivants : accès élargi à un diagnostic et traitement précoces; application de mesures préventives dont la lutte contre le vecteur; dépistage et endiguement rapides des épidémies et renforcement des capacités épidémiologiques. Malgré de notables améliorations dans ces deux derniers domaines, la situation en ce qui concerne le paludisme dans les pays affectés n'a guère changé ou s'est même aggravée en 1999 telle que mesuré par l'Indice annuel du parasite (IAP) tant pour *Plasmodium falciparum* que *P. vivax*. Par ailleurs, des progrès ont été faits pour lutter contre la maladie chez les humains et la mortalité imputable au paludisme *falciparum* (forme la plus grave) a nettement reculé entre 1994 et 1999. Cette réussite est due à une meilleure capacité épidémiologique et aux nouveaux antipaludéens qui intègrent des médicaments de deuxième et troisième générations efficaces pour lutter contre les souches résistantes du parasite.

La Stratégie mondiale de lutte contre le paludisme a montré qu'il existait des manières efficaces par rapport aux coûts d'alléger le fardeau que représente le paludisme pour la société. Toutefois l'existence continue de contraintes entourant la lutte contre le paludisme nécessite une nouvelle approche. Des problèmes continus existent, notamment la résistance à l'intégration de la lutte contre le paludisme aux services de santé en général, le manque de ressources humaines formées au niveau local pour mettre en place les stratégies de lutte contre le paludisme, le manque de méthodes efficaces pour le contrôle de la transmission et le manque de coordination intersectorielle des activités de lutte. Le Comité exécutif a été demandé d'apporter son soutien alors que les pays démarrent l'initiative "Faire reculer le paludisme".

L'initiative "Faire reculer le paludisme" (RBM) est un mouvement social et politique visant à coordonner les activités qui sont déjà en cours afin d'en accroître l'efficacité. Le volet le moins développé dans la lutte contre le paludisme est depuis toujours le contrôle de la transmission mais de nouvelles techniques et technologies sont disponibles aux fins d'utilisation au niveau des services de santé locaux. Le soutien politique pour la formation des personnes qui travaillent au niveau local est grandement nécessaire au même titre que l'application continue des politiques afférentes aux antipaludéens, le suivi de l'efficacité des médicaments et la recherche technique et opérationnelle. La résolution présentée au Comité demandait la

coordination et la participation efficace à l'initiative de la part de tous les secteurs de la société en vue d'améliorer la capacité des pays en ce qui concerne la gestion des ressources dont ils disposent déjà et pour appliquer les progrès techniques des années 90.

Le Comité a approuvé l'initiative Faire reculer le paludisme et les principes de la stratégie mondiale. Certains Membres dont les pays sont affectés par la maladie ont décrit brièvement leur situation nationale et programme de lutte. En Guyane, le développement de la résistance aux médicaments est favorisé par le manque d'adhésion au protocole thérapeutique et l'interruption de la prise des médicaments et par la distribution sans discernement de médicaments de la part des sociétés minières et d'exploitation forestière à leurs employés. Au Nicaragua, l'approche intégrée aux services de santé a permis un meilleur traitement et une meilleure connaissance de la situation épidémiologique mais la lutte contre le vecteur reste un des grands défis. Le traité signé récemment concernant les polluants organiques persistants reconnaît la nécessité d'utiliser le DDT de manière limitée pour des raisons de santé publique tant que l'on n'a pas trouvé de meilleures solutions.

Le Comité a souligné que l'initiative Faire reculer le paludisme exige une approche multisectorielle sous la direction du secteur de la santé et avec un fort engagement communautaire pour réduire les charges sociales et économiques de la maladie. Face aux complexités de la stratégie, il a été proposé d'organiser des ateliers sous-régionaux pour discuter de la mise en œuvre de l'Initiative et pour permettre aux pays de partager leur expérience. Les résultats de la recherche technique et opérationnelle réalisée dans le monde entier devraient être communiqués à grande échelle pour éviter de réinventer la roue. Le Comité a noté que l'OPS a un rôle important à jouer au niveau de la coordination sur l'ensemble de la Région.

Le Dr Gusmão a observé que les commentaires du Comité montrent que l'initiative Faire reculer le paludisme est bien nécessaire. Le fait que des intérêts économiques (par exemple, les sociétés minières et d'abattage du bois en Guyane) sont un facteur dans la situation du paludisme montre bien que le secteur de la santé ne devrait pas combattre à lui seul cette maladie. Le Nicaragua a mis au point des outils techniques efficaces surtout en ce qui concerne la surveillance épidémiologique du paludisme mais, pour des raisons sociales et des raisons se rapportant à la biologie du vecteur, le contrôle de la transmission reste un problème dont la solution exigera l'engagement du secteur de la santé et des communautés locales. S'agissant de la recherche, la Région continuera à chercher des réponses au niveau de la recherche effectuée dans le monde mais les problèmes qui sont uniques à la situation concernant le paludisme aux Amériques ne peuvent être résolus que par une recherche faite dans la Région. Par conséquent, une recherche opérationnelle et technique continuera à

s'inscrire parmi les six priorités de l'Initiative aux Amériques. Il souligne la nécessité de compter sur l'engagement politique dans les hautes sphères en vue de coordonner les activités de lutte contre le paludisme dans les divers secteurs de sorte à élargir l'accès aux services pour les groupes les moins couverts.

Le Directeur a indiqué que la réussite de l'Initiative dépend des activités des services de santé puisque le but de mobiliser la volonté politique et l'engagement communautaire est de veiller à ce que les services soient capables de fournir les soins qu'ils sont supposés prodiguer. L'intention de l'initiative Faire reculer le paludisme n'est pas de fournir aux pays des sommes d'argent importantes provenant de sources de financement externe. De fait, l'Initiative se concentre davantage sur la mobilisation de ressources financières, sociales et politiques qui existent déjà au niveau local. L'OPS fournira des directives concernant l'organisation des ressources et facilitera l'échange d'expériences et la mise au point de nouveaux médicaments et peut-être d'un vaccin. Les pays doivent également continuer les activités qu'ils réalisent depuis ces dix dernières années. Des progrès ont été faits même s'ils sont lents tel que le montre la réduction de la mortalité imputable au paludisme.

Le Comité a adopté la résolution CE126.R19.

***Agenda commun de l'OPS/BID/Banque mondiale pour la santé dans les Amériques (document CE126/19)***

Le Dr Irène Klinger (chef, Bureau des relations externes, OPS) décrit les caractéristiques et les données générales entourant l'agenda commun. Fin 1998, le Directeur avait en effet contacté la Banque interaméricaine de développement (BID) et la Banque mondiale leur proposant de mettre au point un agenda commun de collaboration dans le domaine de la santé. La proposition avait été acceptée et il avait été convenu que les agences d'aide bilatérale pouvaient participer à l'initiative. Une série de réunions interinstitutions avait été organisée en 1999 pour définir les termes de l'accord et une version préliminaire a été préparée en octobre de cette année.

L'accord final a été signé le 22 juin 2000. Il avait identifié quatre domaines prépondérants de collaboration pour les organisations : produits pharmaceutiques, santé publique et surveillance des maladies, environnement et comptes nationaux de la santé. Cette collaboration visera à soutenir la réforme du secteur de la santé, le renforcement institutionnel des programmes de santé publique et le renforcement du rôle directeur des autorités sanitaires dans les domaines de développement qui affectent la santé. Un groupe de coordination interorganisations a été créé devant se réunir mensuellement pour échanger l'information et

trouver de nouvelles occasions d'action conjointe. De plus, des groupes de travail ont été formés dans chacun des domaines prépondérants pour formuler un plan de travail et faire le compte rendu au groupe de coordination aux fins de discussion et pour se mettre d'accord sur la manière de faire progresser la situation.

L'Agenda reposait sur des valeurs et des objectifs communs concernant la santé, notamment : améliorer la santé des populations des Amériques; réduire les inégalités au niveau des conditions sanitaires et de l'accès aux services de santé et d'assainissement; renforcer et améliorer l'efficacité et l'efficience des services de santé et encourager une plus grande synergie entre la santé et le développement socio-économique.

En ce qui concerne l'Agenda commun, que le Dr Klinger a distribué au Comité, l'OPS, la BID et la Banque mondiale étaient d'accord pour promouvoir activement l'Agenda commun, pour établir un mécanisme permanent afin d'identifier les occasions de déployer une action coordonnée et complémentaire (groupe de coordination) et d'inviter d'autres parties intéressées à collaborer activement à l'Agenda commun.

Le Comité exécutif a bien reçu l'Accord de collaboration entre l'OPS, la BID et la Banque mondiale et a félicité le Directeur pour le rôle important qu'il a joué au niveau de la promotion et de la mise au point de l'Agenda commun. Il a été signalé que, au vu de la contribution budgétaire des Etats Membres aux trois organisations, les pays avaient le droit de s'attendre à ce qu'elles travaillent ensemble. Toutefois, il a été reconnu qu'il n'est pas toujours facile d'arriver à une bonne collaboration et coopération entre organisations qui ont des orientations, des structures institutionnelles et des procédures administratives différentes. D'après le Comité, l'Agenda commun permettrait aux trois institutions d'être complémentaires dans l'exécution des activités prévues et d'éviter le double emploi tout en renforçant les capacités de chaque organisation. L'on encourage l'OPS de continuer à développer l'agenda commun et de le traduire en actions spécifiques, surtout au niveau des divers pays. L'Organisation a été encouragée également à étudier les possibilités d'engagement des organisations bilatérales à la mise en œuvre de l'Agenda commun.

Le Dr Klinger a dit que l'Organisation cherchait activement à encourager les actions de l'Agenda au niveau des divers pays. Un des grands objectifs de l'OPS en formulant l'Agenda était de mieux répondre aux besoins de ses Etats Membres sur le plan de la santé. C'était la raison pour laquelle les organisations avaient convenu de collaborer dans les quatre domaines de sorte à garantir des résultats concrets dans le court terme. Les directeurs des trois organisations ont également écrit une lettre conjointe à leurs représentants dans les pays pour les informer de l'Agenda et leur demander de trouver des manières de l'appliquer au

niveau local. Quant à la participation des organisations binationales, l'Agence des Etats-Unis pour le développement international (USAID) participait déjà au domaine des comptes nationaux de la santé. D'autres organisations bilatérales seraient invitées à participer dans des domaines où elles disposent de compétences spéciales.

Répondant à plusieurs questions des délégués, elle a indiqué que des groupes de travail dans les domaines prépondérants avaient déjà commencé à formuler des plans et à les présenter au groupe de coordination. Le groupe de travail sur les produits pharmaceutiques a formulé un plan de travail qui a été approuvé par le groupe de coordination. Le groupe de travail sur la santé publique et la surveillance des maladies devait présenter son plan la semaine qui suit la session du Comité exécutif. Elle a signalé également que l'Agenda commun correspondait bien aux missions sur le plan santé confiées lors des Sommets des Amériques.

Le Directeur a noté que les principaux objectifs de l'OPS concernant cet agenda étaient d'aider d'autres organisations à atteindre les buts qu'elles se sont fixées pour elles-mêmes dans la sphère sociale et surtout dans le domaine de la santé. L'OPS occupait une place unique pour le faire car elle connaissait bien les besoins des pays sur le plan de la santé et elle avait une solide présence dans le secteur de la santé au niveau national. De plus, il entrait dans la mission de l'Organisation de chercher à forger des partenariats stratégiques avec d'autres organisations. L'Agenda commun veille à ce que, lors de la mise au point de projets de développement financés par la BID et la Banque mondiale, l'on tienne compte de la santé et des objectifs sanitaires. Par exemple, il serait tout à fait possible d'inclure une composante pour l'éducation sur le SIDA dans un prêt important traitant de l'éducation. L'Agenda aidera également à simplifier les procédures administratives facilitant ainsi la participation de l'OPS aux projets financés par la BID et la Banque mondiale, projets comportant un volet santé. Mais il a souligné que l'OPS n'avait aucun intérêt financier dans l'Agenda commun car le but de l'Organisation était plutôt de voir que les activités sanitaires financées par les deux autres organisations soient menées à bien.

Il a noté avec grand plaisir que le processus complexe de négociations et discussions trilatérales des deux dernières années aboutirait à un bon résultat, celui de la signature de l'accord formé pour l'Agenda commun. Il souhaitait exprimer publiquement ses remerciements à M. Enrique Iglesias, Président de la BID et à M. David de Ferranti, Vice-Président régional pour l'Amérique latine et les Caraïbes de la Banque mondiale, pour la fermeté et la bonne volonté dont ils ont fait preuve tout le long de cette démarche. Il était également reconnaissant aux nombreux membres du personnel des trois institutions qui avaient consacré tellement de temps et d'efforts en vue de donner forme au langage et le contenu de l'Agenda.

Le Comité a pris note du rapport et de la discussion sur l'Agenda commun mais n'a pas considéré nécessaire d'adopter une résolution sur ce point de l'ordre du jour (décision CE126(D6)).

***Centenaire de l'Organisation panaméricaine de la Santé (document CE126/20)***

Mme Bryna Brennan (chef, Bureau de l'information publique, OPS) a récapitulé les activités prévues pour marquer le 100<sup>e</sup> anniversaire de l'OPS en 2002. Ce sera l'occasion non seulement de célébrer le centenaire de l'Organisation mais aussi de renouveler l'engagement à l'objectif de la santé pour tous, sensibilisant davantage le public à l'importance de la santé publique, de forger de nouveaux partenariats et de promouvoir l'équité et le panaméricanisme. Le but est d'organiser une célébration d'une année sur l'ensemble de la Région. Les grands événements prévus en 2002 sont les suivants : conférences de presse au Siège et dans les pays en janvier en tant que mise en route, la Journée mondiale de la santé en avril, la Conférence sanitaire panaméricaine en septembre et l'anniversaire de la fondation de l'OPS, le 2 décembre. Le thème pour le centenaire, retenu par le personnel de l'Organisation, est le suivant : Célébrons 100 années de santé.

Plusieurs structures seront créées pour soutenir et faciliter les célébrations du 100<sup>e</sup> anniversaire. Le Directeur nommera un Conseil du centenaire composé de 10 à 15 personnes reconnues sur le plan international. "Les champions de la santé" - sportifs, musiciens, acteurs et autres célébrités - seront les ambassadeurs de la santé. Ce seront les "héros de la santé"- personnes qui ont fait des contributions importantes à la santé publique de la Région. Les pays seront invités à présenter les noms des personnes qui seront honorées dans chaque catégorie. Les représentants de l'OPS/OMS vont mettre sur pied des comités nationaux, avec des représentants non seulement du secteur santé mais d'une section très représentative de la société des pays, proposer des noms et planifier d'autres activités commémoratives au niveau du pays. Le Secrétariat a identifié les publics cibles suivants pour les événements et les activités du centenaire : secteur de la santé, communautés scientifiques et universitaires, personnel de l'OPS et grand public.

Mme Brennan a distribué des exemplaires de *A Centennial Handbook : Celebrating 100 years of Health* qui contient une information plus détaillée sur les activités prévues ainsi que des suggestions sur la manière dont on pourrait marquer le 100<sup>e</sup> anniversaire de l'Organisation dans les divers pays. Des exemplaires supplémentaires de la publication peuvent être obtenues auprès du Secrétariat.

Le Comité exécutif a approuvé les idées avancées pour célébrer le centenaire de l'OPS, exprimant un soutien particulier pour les activités visant à promouvoir et à renforcer la sensibilisation du public face à la santé publique. A cet égard, l'on propose d'appeler "les héros de la santé" par un autre nom, "les héros de la santé publique" puisque les critères de leur sélection dont il est question dans l'ouvrage concernent tous la santé publique. L'on a proposé que des "antihéros - personnes atteintes de maladies" soient également reconnues pour souligner encore davantage les problèmes et préoccupations de santé publique. L'on encourage le Secrétariat d'utiliser le temps qui reste jusqu'à 100<sup>e</sup> anniversaire pour vérifier que les événements soient riches du point de vue contenu et ne soient pas purement d'un caractère de célébration. Parallèlement, il a été noté que l'anniversaire de l'OPS doit être commémoré avec tout le sérieux et le solennel qui sied à une organisation de cette importance et de ce prestige dans la Région. Un des délégués a recommandé que le Secrétariat envisage de réaliser une publication récapitulant les bénéfices du point de vue santé auxquels l'Organisation a contribué. Un autre délégué a proposé que la journée d'anniversaire le 2 décembre 2002 soit célébré par tous les pays en unisson lors de cérémonies tenues au même moment sur l'ensemble des Amériques. Plusieurs délégués pensaient que, outre les publics cibles mentionnés dans le document, l'OMS devrait participer à la célébration du centenaire de l'OPS.

Mme Brennan a remercié les délégués pour leurs commentaires et suggestions, ajoutant que le Secrétariat demandera à tous les pays d'observer le 100<sup>e</sup> anniversaire de l'Organisation le 2 décembre 2002 mais que chaque pays pourra le faire de sa propre manière et dans son propre style.

Le Directeur a encouragé tous les Etats Membres a proposer des noms de personnes qui seront invitées à faire partie du Conseil du centenaire que le Secrétariat espérait être aussi représentatif que possible de la Région. Il a noté que le Centenaire devrait être une célébration de 100 années de santé aux Amériques, c'est à dire pas tellement de ce que l'OPS a fait mais de ce que les pays ont accompli dans le domaine de la santé avec l'appui de l'OPS. Répondant à une question concernant le budget pour les activités du centenaire, il a indiqué que le Secrétariat était tout à fait conscient de la nécessité de maintenir les dépenses à des niveaux modestes. Il a remarqué également que certaines des activités proposées, par exemple, l'émission de timbres postaux commémoratifs, demanderaient un appui politique et financier important au niveau des pays.

Le Comité exécutif a pris note de la présentation et de la discussion qui a suivi mais n'a pas considéré nécessaire d'adopter une résolution sur ce point de l'ordre du jour (décision CE126(D5)).

## Questions administratives et financières

### *Rapport sur le recouvrement des contributions (document CE126/21 et CE126/21, Add. I)*

M. Mark Matthews (chef, Département du budget et des finances, OPS) a indiqué qu'au 31 décembre 1999, le recouvrement des contributions s'élevait à un total de \$80 millions dont \$51,8 millions représentaient le paiement des contributions de 1999 et \$28,2 se rapportaient aux années précédentes. Le 1<sup>er</sup> janvier 2000, le total des arriérés pour les années avant 2000 était de \$46,6 millions. Les paiements reçus entre le 1<sup>er</sup> janvier et le 23 juin 2000 ont diminué le total des arriérés de 53% le faisant passer à \$22 millions – chiffre plus élevé que les 20,9 millions et les 18,5 millions au titre des arriérés des périodes correspondantes en 1999 et en 1998, respectivement.

Concernant le recouvrement des contributions pour 2000, 9 Etats Membres avaient versé l'intégralité de leur contribution, 8 avaient effectué des paiements partiels et 22 n'ont pas fait de versement. Les recouvrements représentent 27% des contributions de l'année courante. Les chiffres correspondants étaient 25% en 1999, 25% en 1998 et 30% en 1997. Pris ensemble, le recouvrement des arriérés et les contributions de l'année courante en 2000 représentent \$48 millions comparés à \$45 millions en 1999 et à \$54 millions en 1998.

M. Matthews a fait le compte rendu des arriérés, des plans de paiement et des paiements les plus récentes des Membres ayant des arriérés de paiement à un tel point qu'ils pourraient être assujettis à l'application de l'Article 6.B de la Constitution de l'OPS. Cet article prévoit une suspension des privilèges de vote lors de la Conférence sanitaire panaméricaine ou du Conseil directeur si un pays a des arriérés de paiement dépassant plus de deux années entières de contribution. Mais la Conférence ou le Conseil directeur peuvent permettre à un Membre de voter s'ils savent que le défaut de paiement est dû aux conditions que traverse un pays et qui n'entrent pas dans son contrôle. Les Etats Membres passibles de l'application de l'Article 6.B sont l'Argentine, Costa Rica, Cuba, Equateur, Pérou et la République dominicaine. Cuba et Pérou ont présenté des plans de paiement échelonné qui ont été acceptés par le Secrétariat en 1996 et en 1999, respectivement. Les deux Membres adhèrent à leur plan de paiement accepté.

Le Délégué de Cuba s'est plaint du fait que son pays était encore sur la liste de ceux soumis à l'application de l'Article 6.B alors que Cuba respecte fidèlement le plan de paiement échelonné. M. Matthews a expliqué que, vu ses arriérés, Cuba est encore techniquement soumis à l'Article 6.B bien que l'acceptation de son plan de paiement signifie que ses privilèges de vote ne sont pas suspendus.

Le Directeur a exprimé sa gratitude à Cuba indiquant que les efforts faits pour s'acquitter de ses obligations de contribution sont un exemple que d'autres pays pourraient suivre. Il a noté que le Conseil directeur a également reconnu les efforts de Cuba pendant sa 41<sup>e</sup> session en 1999. Mais, tel que l'a noté M. Matthews, conformément à la Constitution de l'OPS, Cuba reste soumis à l'Article 6.B bien que ses droits de vote ne soient nullement suspendus.

Le Comité a adopté la résolution CE126.R1.

***Rapport financier du Directeur et Rapport du Commissaire aux comptes pour 1998-1999 (Document officiel 297)***

M. Matthews a survolé les grandes lignes du *Document officiel 297* faisant ressortir les chiffres les plus importants aux fins d'information du Comité. Une nette augmentation au niveau du recouvrement des contributions concernant l'exercice 1998-1999 a permis d'arriver à un excédent des revenus sur les dépenses de l'ordre de \$6,4 millions au titre du budget ordinaire. Les soldes du Fonds immobilier et du Fonds de roulement ont été augmentés, passant à leur niveau maximum autorisé. Les dépenses totales de l'Organisation ont augmenté, passant de \$432 millions pendant l'exercice 1996-1997 à \$634 millions en 1998-1999. Les raisons qui expliquent cet accroissement important résident notamment au niveau de l'acquisition de vaccins et autres produits pour le compte des Etats Membres et des dépenses plus importantes pour les projets du Fonds fiduciaire. Pendant l'exercice biennal, \$93 millions en financement extrabudgétaire ont été reçus pour les projets du fonds fiduciaire et \$106 millions provenant de dons ont été dépensés. Ces chiffres témoignent de l'importance de chercher des fonds supplémentaires outre le budget ordinaire pour aider l'OPS à mener à bien sa mission.

Le Rapport contient les états financiers du Centre d'épidémiologie des Caraïbes (CAREC), de l'Institut pour l'alimentation et la nutrition des Caraïbes (CFNI) et de l'Institut de la nutrition de l'Amérique centrale et du Panama (INCAP). En 1998-1999, tant CAREC que le CFNI ont connu des déficits nets de \$571 000 et de \$392 000, respectivement, dans leurs budgets ordinaires et fonds de roulement suite, essentiellement, aux baisses dans le recouvrement des contributions. Les dépenses du Fonds fiduciaire ont également diminué pendant la période biennale. Par contre, l'INCAP semble en bonne condition financière avec des revenus dépassant les dépenses en 1998/1999 et un taux de recouvrement des contributions (74%) supérieur celui de l'exercice biennal précédent (67%). Mais, les soldes du fonds fiduciaire ont diminué et le Centre essaye de trouver de nouvelles manières d'attirer les projets financés par des ressources extrabudgétaires.

Sir John Bourn (Commissaire aux comptes) a fait le compte rendu des états financiers de l'Organisation pour l'exercice 1998-1999 préparé conformément à l'Article 12 du Règlement financier de l'OPS et selon les normes de comptabilité utilisées par le groupe des commissaires aux comptes des Nations Unies. Aussi, est-il d'avis que les états financiers reflètent fidèlement la position financière de l'OPS en date du 31 décembre 1999. En général, la position financière de l'Organisation est solide grâce aux taux élevés de recouvrement des contributions et à une meilleure gestion de trésorerie. Toutefois, la forte dépendance financière des Centres panaméricains face au budget ordinaire de l'OPS est un motif de préoccupation et il a recommandé que l'OPS examine régulièrement leur situation financière. Il a recommandé également que des décisions soient prises quant à l'utilisation de fonds spéciaux qui sont restés inactifs pendant l'exercice biennal (par le fonds du choléra et le fonds de promotion sanitaire).

***Rapport du Commissaire aux comptes sur la planification stratégique, la surveillance et l'évaluation au sein de l'OPS (document CE126/26)***

Sir John Bourn a fait remarquer qu'en 1999, il avait offert de réaliser une vérification de la performance de l'Organisation qui traiterait des questions d'économie, d'efficacité et d'efficience ou de "valeur pour l'argent". Le Directeur en avait convenu avec enthousiasme et lui avait demandé de faire l'examen du système de planification, programmation, suivi et d'évaluation (AMPES) de la Région des Amériques. Les résultats de cette étude sont présentés dans le document CE126/26.

L'AMPES a été mis au point pour répondre à la complexité d'un contexte de planification constamment en train de changer dans lequel travaille l'OPS. Les quatre éléments pivots de l'AMPES sont les Orientations stratégiques et programmatiques (OSP); le budget programme biennal qui découle des OSP; le suivi deux fois par an des progrès faits par rapport aux plans établis et les évaluations visant à juger de l'impact à long terme du travail de l'OPS. L'audit de performance cherchait à répondre à trois questions à propos de l'AMPES : 1) Le système est-il solide du point de vue théorique – à savoir, est-il conforme aux meilleures pratiques ? 2) Fonctionne-t-il comme prévu ? 3) Peut-il être amélioré ? Pour répondre à ces questions, Sir John Bourn et son équipe ont comparé l'AMPES à des systèmes analogues dans d'autres organisations, ils ont interviewé des membres du personnel au Siège de l'OPS et dans sept bureaux hors-siège et ils ont analysé les grands documents de planification.

L'étude constatait que l'AMPES répondait aux meilleures pratiques du système des Nations Unies pour la planification, l'évaluation et le suivi de programme et, dans certains cas,

l'AMPES dépasse même ces meilleures pratiques. Voici certaines des raisons citées expliquant sa réussite : engagement du personnel supérieur face à la planification et à l'amélioration du système; lien clair entre le processus budgétaire et le processus de programmation; informatisation d'une grande partie du processus et des résultats de planification, rendant plus faciles les mises à jour et liens émergents entre les objectifs de programmation et le système d'évaluation du personnel. Bien que le système AMPES dispose déjà d'une solide assise, il peut encore être renforcé. Le document contient 19 recommandations aux fins d'amélioration. Sir John Bourn a mis en exergue quatre de ces recommandations pour le Comité : 1) compléter les OPS avec un petit nombre d'objectifs à haut niveau et de mesures de performance qui serviront à évaluer les accomplissements en général de l'Organisation; 2) faire un examen plus attentif des risques en élaborant les plans de projet pour éviter au possible les mauvaises surprises; 3) chercher une approche commune au traitement des coûts administratifs hors personnel et des activités administratives telles que les passations de marché dans le cadre des plans biennaux; et 4) mettre au point une approche plus standardisée à l'évaluation de programme qui permette de faire une analyse plus comparative des leçons apprises. Il indique que l'OPS a répondu de manière favorable et rapide à la plupart des recommandations.

Le Comité a félicité l'OPS de sa bonne position financière et de l'opinion reçue du Commissaire aux Comptes. Il s'est montré préoccupé par la situation financière des Centres pour deux raisons : la diminution dans les revenus des contributions est à l'origine d'une réduction des activités des Centres, ce qui comporte des effets négatifs pour les pays où ils travaillent et le soutien supplémentaire demandé à l'OPS est une lourde charge pour le budget ordinaire de l'Organisation. Le Comité a approuvé la recommandation concernant la clôture de fonds spéciaux qui ne sont plus utilisés. Il a été proposé que le solde du fonds du Programme des manuels soit transféré au Programme des manuels médicaux de la Fondation panaméricaine pour la santé et de l'éducation (PAHEF) qui a absorbé la fonction du Fonds. De plus amples explications sont demandées concernant l'accroissement de \$20 millions des fonds fiduciaires et les changements de certaines rubriques dans le Fonds spécial de soutien au programme (page 45 du *Document officiel 297*) entre l'exercice précédent et 1998-1999.

S'agissant de l'évaluation faite par l'auditeur externe de l'AMPES, le Comité a noté que le rapport a confirmé que l'OPS cherchait à garantir une valeur pour argent dans ses processus de programmation et d'évaluation. Il recommandait vivement que l'Organisation suive les recommandations du Commissaire aux Comptes en vue d'améliorer l'efficacité et de se donner une "culture d'évaluation". Les délégués ont notamment souligné la nécessité d'arriver à une meilleure collaboration avec des partenaires dans le cadre de la planification

biennale et d'améliorer la coordination interne entre divisions; de mettre au point des mesures d'objectifs et de performance comme complément des OSP et d'adopter un système pour imputer les dépenses liées au personnel aux programmes. L'OPS devrait prendre les mesures nécessaires pour adopter une approche plus stratégique à l'évaluation en mettant au point une méthodologie uniforme avec des critères spécifiques pour juger de la pertinence et de l'efficacité de chaque domaine de programme. Il a été demandé une mise à jour lors de prochaines réunions des Organes directeurs concernant les plans de l'OPS pour mettre en œuvre les recommandations. Un délégué a demandé que soit clarifiée la manière dont les fonds extrabudgétaires non prévus ont été traités dans l'AMPES.

M. Matthews a expliqué que l'accroissement des fonds budgétaires est dû aux efforts du Bureau des Relations externes et au fait que le Directeur avait demandé à chaque responsable de l'Organisation de chercher activement des fonds extrabudgétaires. Les changements dans le Fonds spécial pour le soutien aux programmes tiennent au fait que certains revenus versés auparavant à ce fonds se destinent à présent au Fonds des revenus pour services, changement effectué après consultation avec le Commissaire aux Comptes et conformément avec le système de notification des Nations Unies. Concernant la question des fonds inactifs, son bureau était en train de décider de ceux qui allaient être fermés et de la meilleure manière d'utiliser les soldes restants en fonction des objectifs originaux des fonds.

Sir John Bourn a indiqué que la capacité d'établir une liaison entre les dépenses liées au personnel et les programmes devait être mise en place de manière efficace par rapport aux coûts et que son bureau serait heureux d'offrir des suggestions en vue de trouver le système adéquat. Son assistant, M. Richard Maggs, a noté que le personnel de l'OPS a trouvé des manières créatives d'utiliser l'AMPES pour faire le suivi de l'information sur les fonds extrabudgétaires bien que le système soit conçu pour être utilisé avec le budget ordinaire.

Le Directeur a fait savoir que, même si tous les centres panaméricains n'ont pas une situation financière grave, ce sujet n'en est pas moins une source de préoccupation pour l'Organisation. Il était d'accord pour dire que le financement des centres provienne en partie de leurs propres contributions mais que l'autre optique soit également valable – à savoir qu'ils doivent être financés à partir du budget ordinaire puisqu'ils font partie des programmes de coopération technique de l'OPS. Il a promis de continuer à aider les centres qui ont des problèmes financiers afin qu'ils redressent leur position mais s'ils sont dans l'incapacité de le faire, il consultera les Organes directeurs pour voir quelles sont les mesures à prendre.

S'agissant de l'AMPES, le nouveau logiciel facilitera l'inclusion des fonds extrabudgétaires à l'AMPES pour vérifier que les projets financés à partir de sources

extrabudgétaires – peu importe le moment du cycle biennal où ils sont reçus- soient soumis à une gestion, comptabilité et évaluation transparentes en tant qu'activités financées à partir du budget ordinaire. Autre caractéristique du nouveau logiciel : il permettra que les ressources entrent sous le contrôle des différentes divisions afin d'en faire le compte rendu dans le cadre du même projet, aidant ainsi le travail entre les divisions lors de la phase de programmation.

Certaines des recommandations du rapport du Commissaire aux Comptes ont été déjà prises en considération. Les mesures de performance seront ajoutées aux OSP lors du prochain cycle. Des progrès sont faits dans le domaine des relations avec les partenaires. L'OPS a conclu des accords avec la Banque interaméricaine de Développement (BID) et la Banque mondiale concernant un agenda commun pour le développement et la santé dans la Région et l'Organisation va collaborer avec ces deux institutions pour trouver des manières de partager les responsabilités administratives mutuelles dans le cadre des projets conjoints. Concernant la question de calculer le temps du personnel consacré aux projets, il a de doutes au sujet de ce concept car le personnel travaille sur de nombreux projets simultanément. Il serait heureux de recevoir des informations supplémentaires sur la faisabilité de cette approche. Le Directeur a convenu qu'une "culture d'évaluation" devait être encouragée au sein de l'Organisation et a vivement recommandé que les pays fassent de même dans leurs institutions du secteur public. Le volet évaluation de l'AMPES est probablement le plus faible et des mesures sont prises pour l'améliorer, notamment en établissant un répertoire centralisé et accessible de toutes les évaluations réalisées au sein de l'Organisation.

Le Comité a adopté la résolution CE126.R10.

### ***Bâtiments et autres locaux de l'OPS (document CE126/22)***

M. Eric Boswell (chef de l'Administration, OPS) a indiqué que la rénovation en cours depuis plusieurs années dans le bureau de l'OPS à Brasilia, au Brésil, est quasi-achevée. De même, les modifications au bureau de terrain dont l'OPS est propriétaire à Caracas, au Venezuela, financées à partir de sources extrabudgétaires plutôt que du Fonds immobilier devraient être achevées en grande partie avant la fin de 2000.

En ce qui concerne la rénovation de l'immeuble du Siège de l'OPS, il a rappelé qu'en décembre 1999, sur la recommandation du Sous-Comité de planification et de programmation, le Comité exécutif a convenu d'augmenter le plafond du Fonds immobilier de l'OPS de \$ 500 000 à \$ 8 millions environ pour couvrir le coût estimé de réduction de l'amiante et du remplacement des conduites et des systèmes de chauffage et de climatisation. Par la suite, une étude de faisabilité a montré qu'il serait plus rentable de refaire entièrement

les plafonds et les murs intérieurs plutôt que de chercher à réduire l'amiante. Cette dernière approche permettrait également d'améliorer les systèmes de climatisation et les systèmes électriques; d'installer des extincteurs automatiques et un câblage pour voix et données; de faire des modifications pour que le bâtiment soit conforme aux dispositions du code de construction sur l'accès de personnes handicapées et d'arriver à un aménagement efficace de l'espace avec un plan modulaire. Le projet demandera le déménagement temporaire de trois divisions de l'OPS. L'Organisation des Etats américains dispose des bureaux dans l'immeuble de la rue F pouvant être loués à un coût raisonnable. Le personnel restant serait déplacé à l'intérieur de l'immeuble au fur et à mesure que les étages sont terminés.

L'OPS a estimé le coût total à \$13 millions. Par conséquent, le Comité exécutif a porté le plafond du Fond immobilier à \$13 millions pour le projet tel qu'il est prévu pour le moment. Les \$5 millions supplémentaires viendraient d'excédents possibles des revenus sur les dépenses dans le cadre du budget ordinaire.

Le Comité a approuvé le projet de rénovation notant que l'immeuble est ancien et qu'il doit être remis en état pour se conformer aux normes modernes. Il a encouragé le Secrétariat de travailler en étroite collaboration avec l'Association du personnel pour vérifier une transition facile des bureaux traditionnels à l'espace modulaire ouvert. Le Comité a approuvé l'accroissement temporaire dans le plafond du Fonds immobilier porté à \$13 millions, mais prie le Secrétariat de maintenir les coûts au minimum nécessaire. Un délégué a demandé quelles les prévisions du financement disponible à partir des différentes sources dont les fonds extrabudgétaires.

M. Boswell a indiqué que la référence aux fonds extrabudgétaires dans le document est une erreur puisque tout le financement proviendra du budget ordinaire. Il a indiqué que, en plus de la consultation étroite avec l'Association du Personnel, l'OPS avait recruté des consultants de l'extérieur pour fournir des conseils quant à la manière d'aménager les bureaux pour que ceux-ci soient confortables pour les employés.

Le Directeur a réitéré que l'Organisation restera en étroit contact avec l'Association du Personnel et maintiendra les employés au courant des plans de rénovation. Il a assuré au Comité que l'Organisation ne demanderait pas un accroissement du budget ordinaire pour financer le travail. En rapport avec les bâtiments de l'OPS, il a remercié le Gouvernement de Cuba d'avoir fourni récemment une résidence pour le Représentant de l'OPS/OMS dans ce pays.

Le Comité a adopté la résolution CE126.R2.

## **Questions relatives au personnel**

### ***Amendements au Règlement du Personnel du BSP (document CE126/23)***

Le Dr Diana LaVertu (chef, Département du Personnel, OPS) a indiqué que les changements proposés au Règlement du Personnel s'accordent avec les révisions adoptées par le Conseil exécutif de l'Organisation mondiale de la Santé lors de sa 105<sup>e</sup> session (résolutions EB105.R13 et EB105.R14). Ces amendements découlent des décisions prises par l'Assemblée générale des Nations Unies lors de sa 54<sup>e</sup> session sur la base des recommandations de la Commission de la Fonction publique internationale (CFPI).

L'Assemblée générale des Nations Unies a approuvé, avec date d'entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> mars 2000, un barème révisé des traitements pour les postes de la catégorie professionnelle et de rang supérieur, reflétant une majoration de 3,42% par incorporation de classes d'ajustement de poste dans le traitement de base net sur la base de la règle "ni perte-ni gain". Suite aux consolidations, des changements ont été faits dans les indices d'ajustement de postes et dans les multiplicateurs pour tous les lieux d'affectation. Les articles 330.1 et 330.2 du Règlement du Personnel ont été modifiés en conséquence.

Suite à la révision des traitements de base/plancher dont il est question ci-dessus, des ajustements ont également été portés aux traitements du Directeur adjoint, du Sous-Directeur ainsi que du Directeur. Le document CE126/23 récapitule la politique des Organes directeurs concernant les ajustements salariaux pour ces postes. La résolution proposée, mentionnée dans le document, comprend les nouveaux barèmes salariaux. Le Dr LaVertu a informé le Comité que les conséquences budgétaires des amendements proposés au Règlement du Personnel seraient absorbées par les montants alloués.

Le Comité a adopté la résolution CE126.R12.

### ***Déclaration du représentant de l'Association du Personnel du BSP (document CE126/24)***

M. Gustavo Strittmatter (Président, Association du Personnel du BSP) a noté que la capacité du personnel et de la direction de l'OPS concernant la résolution de questions importantes a nettement progressé ces cinq dernières années. Les améliorations tiennent au souhait du Directeur et du reste de l'Administration à s'engager dans un dialogue productif et au souhait du personnel d'aider l'Organisation à accomplir sa mission.

Le Comité consultatif conjoint (JAC) du Directeur créé en 1997 a permis à l'Association du Personnel de porter à l'attention de la direction des initiatives importantes dont la mise au point d'une nouvelle politique sur le harcèlement sexuel et le recrutement d'un ombudsman. A présent, le Comité envisage une initiative visant à créer des lieux de travail plus sains surtout au vu des prochaines rénovations de l'immeuble du Siège. Ledit Comité faisait également des progrès remarquables sur le plan de la protection et de la sécurité du personnel de l'OPS dans d'autres pays.

Le nouveau système d'évaluation est une étape importante vers l'établissement d'un dialogue constant, de tous les jours, entre le personnel et la direction. Il encourageait un apprentissage bilatéral continu et l'échange d'information et représentait un bon exemple du rôle directeur de l'OPS en ce qui concerne les questions liées au personnel, non seulement au sein de l'OMS mais également dans tout le Système commun des Nations Unies.

Des réformes des normes régissant les conditions de travail du personnel de l'OPS et de l'OMS sont envisagées à présent au niveau mondial. Les réformes seraient conformes à celles mises en place par d'autres organisations du Système commun des Nations Unies. L'Association du Personnel estimait que le plan qui serait adopté devrait reposer sur l'équité et la justice qui sont les valeurs fondamentales de l'Organisation. Le personnel doit sentir que ces valeurs s'appliquent à tous ceux qui entrent dans la sphère d'action de l'OPS. Le fait de savoir que l'Administration répond aux propositions du personnel réaffirme l'identification du personnel avec les idéaux de l'Organisation. Les opportunités d'avancement professionnel sont un autre thème discuté à l'échelle internationale. L'Association du Personnel espère que les employés de l'OPS à tous les niveaux auront une telle opportunité.

M. Strittmatter a attiré l'attention sur un accord conclu récemment entre le personnel et la direction de l'Organisation internationale du Travail (OIT) et à ce propos, il a distribué des exemplaires au Comité. L'accord avalise les conventions de l'OIT concernant la liberté d'association et le droit d'organisation, de négociations collectives et de relations de travail. A son avis, l'adoption d'un accord analogue à l'OPS est possible au vu de l'excellente relation qui existe entre le personnel et la direction. L'Association du Personnel pense qu'un tel accord bénéficiera aux deux parties et témoignera des idéaux de l'Organisation.

Le Comité a fait l'éloge des efforts déployés tant par l'Association du Personnel que par l'Administration aux fins d'établir de bonnes relations de travail et de faire preuve de bonne volonté dans ces rapports. Ces améliorations auront un impact positif sur le travail non seulement au Siège mais aussi dans les pays. L'OPS a montré l'exemple et les autres parties de l'OMS devraient suivre. Les deux parties ont été priées de continuer leur dialogue car une

relation ne reste jamais figée et en plus, elle sera éprouvée dans les deux années à venir par le projet de rénovation du bâtiment. Le Comité a été d'accord pour dire que le bien le plus important de l'OPS, c'est son personnel.

Un délégué a exprimé son soutien pour l'accord de l'OIT mais a exprimé son objection quant au paragraphe qui suppose qu'il n'existe pas de mécanisme pour la résolution définitive et obligatoire des litiges collectifs si l'une des parties rejetait les recommandations du comité d'examen.

M. Strittmatter a assuré le Comité que l'Association du Personnel cherchera à améliorer les relations entre le personnel et la direction ainsi que les conditions de travail. Il a noté que la version OPS de l'accord préliminaire OIT est encore en train d'être définie et reconnaît la pertinence du point soulevé concernant la résolution des litiges dans le document OIT.

Le Directeur a indiqué qu'il était très heureux de constater l'excellente relation qui s'est développée entre la direction et l'Association du Personnel. Il espérait que la relation se maintiendrait ainsi. Les désaccords ont été mis au grand jour et, dans les rares cas où l'on n'a pas pu trouver de solution, les deux parties se sont montrées d'accord pour vivre avec ce désaccord. Il a reconnu que les travaux de rénovation ne seraient pas chose facile mais si tout le monde agissait avec bonne foi, la relation resterait bonne. Le rôle de chef de file de l'OPS concernant les questions afférentes au personnel est reconnu sur le plan international, témoignant bien de l'efficacité du Bureau du personnel et de la relation entre le personnel et la Direction. Il a remercié les présidents actuels et passés de l'Association du Personnel, aux niveaux mondial et local, quant à la manière dont le dialogue a évolué.

Une des questions que le Comité consultatif conjoint avait soulevée concernait la nécessité pour l'Organisation d'encourager un contexte de travail sain au Siège, comme dans les pays. Un consultant a été recruté pour mettre au point un plan faisant de l'OPS un lieu de travail plus sain.

Le Directeur a exprimé ses doutes quant à la possibilité d'avoir à l'OPS un accord analogue à celui de l'OIT. En effet, la raison qu'il a invoqué à ce propos, c'est que l'Association du Personnel de l'OIT est un groupe syndical capable de mener des négociations collectives. L'égalité des parties est une hypothèse importante dans les négociations collectives mais la Constitution de l'OPS confère certaines responsabilités exclusivement au Directeur. Il chercherait à obtenir plus d'informations et de conseils légaux

sur les implications de la différence entre un syndicat et une association du personnel concernant un tel accord.

Le Comité a remercié l'Association du Personnel et a pris note du rapport, mais n'a pas considéré nécessaire d'adopter une résolution sur ce point de l'ordre du jour (décision CE126(D7)).

### **Questions d'ordre général**

#### ***Résolutions et autres actions de la Cinquante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé revêtant un intérêt pour le Comité exécutif de l'OPS (document CE126/25)***

Le Dr Brandling-Bennett a présenté les résolutions et les décisions de la Cinquante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé (mai 2000) que le Secrétariat jugeait particulièrement pertinentes pour la Région des Amériques. Il a indiqué également que le Dr M. Amédée-Gédéon, Ministre de la Santé en Haïti a été élu un des quatre Vice-Présidents de l'Assemblée mondiale de la Santé et Mme M. McCoy Sánchez, Ministre de la Santé du Nicaragua a été élue Vice-Présidente du Comité A.

L'Assemblée avait adopté 17 résolutions dont 13 ont été discutées dans le document. Sept des résolutions traitaient de questions afférentes aux programmes. La résolution sur l'Initiative Halte à la tuberculose (WHA53.1) demandait aux Etats Membres, à l'OMS et aux partenaires internationaux de soutenir l'utilisation élargie de la stratégie de traitement de brève durée sous surveillance directe (DOTS). L'on estimait que 24 pays des Amériques utiliseront la stratégie DOTS cette année, soit un accroissement de 50% par rapport à 1997. La résolution sur la Décennie internationale des populations autochtones (WHA53.10) louait les progrès accomplis aux Amériques concernant la santé des populations autochtones et recommandait vivement aux autres régions d'adopter des plans d'action analogues. La résolution WHA53.12 demandait aux Etats Membres et à l'OMS de travailler en étroite collaboration avec l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (GAVI). A ce titre, l'OPS a été choisie pour faire partie de l'Equipe spéciale de coordination, une des trois équipes de l'Alliance traitant d'aspects d'importance critique se rapportant aux vaccinations. L'OPS souhaitait assurer que l'importance du financement national dans les programmes de vaccination restait au premier plan dans le cadre des initiatives GAVI visant à introduire de vaccins nouveaux. Une résolution détaillée sur l'épidémie du VIH/SIDA (WHA53.12) traitait de la fixation des prix, de l'accessibilité, de la possibilité de les mettre à la portée de tous, ainsi que de l'utilisation efficace des médicaments essentiels. La résolution sur l'innocuité des aliments (WHA53.15) recommandait notamment aux Etats Membres de participer activement au travail de la Commission du *Codex Alimentarius* et demandait au Directeur général de

mettre au point une stratégie mondiale de surveillance des maladies transmises par les aliments. La résolution sur la Convention-cadre pour la lutte antitabac (WHA53.16) établissait une entité internationale de négociation qui commencera ses réunions en octobre 2000. L'OPS continuerait à collaborer à d'autres activités de l'Initiative antitabac de l'OMS. La dernière résolution traitait de la lutte contre les maladies non transmissibles. Le Programme des maladies non transmissibles de l'OPS encourageait des projets communautaires avec cet objectif, utilisant une approche intégrée.

En ce qui concerne les questions administratives et financières, l'Assemblée a adopté des résolutions sur le Fonds immobilier (WHA53.4) et les Recettes occasionnelles (WHA53.5) dont l'OPS espérait qu'ils seraient des sources d'une partie du financement nécessaire pour réparer et rénover les immeubles de l'OPS. Les amendements au Règlement financier approuvés dans la résolution WHA53.6 alignent davantage les réglementations de l'OMS à celles de l'OPS. La résolution WHA53.7 ajuste les salaires du Directeur général et du personnel hors classe et le Comité exécutif avait déjà pris des mesures connexes concernant le salaire des cadres de l'OPS. Quant à d'autres sujets, l'OPS avait donné son appui à la résolution WHA53.8 et auparavant aux recommandations du Conseil exécutif concernant les réglementations applicables aux tableaux et comités d'experts. La résolution WHA53.9 était une confirmation formelle de la participation de l'OMS à la Convention de Vienne de 1986 sur le droit des traités entre les Etats et les organisations internationales. L'OPS est un participant en vertu du fait que c'est le bureau régional OMS pour les Amériques mais elle est jugée une entité légale séparée à cette Convention. Les Organes Directeurs seront informés de toute action devant être prise.

La décision WHA53(8) indiquait que le Venezuela et le Brésil avaient été élus auprès du Conseil exécutif de l'OMS pour remplacer le Canada et le Pérou dont les mandats avaient expiré. Leurs représentants se sont joints à ceux du Chili, du Guatemala, des Etats-Unis d'Amérique et de Trinité-et-Tobago lors de la 106<sup>e</sup> session du Conseil, tenue en mai, pendant laquelle le Dr Jorge Jiménez du Chili a été élu président du Conseil. L'autre décision revêtant un intérêt particulier (WHA53(10)) concernait la demande pour que le Directeur général ajoute le point sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant au programme de la 107<sup>e</sup> session du Conseil exécutif en janvier 2001 et encourage les débats sur ce sujet dans les régions lors des réunions du Comité régional. Le Directeur de l'OPS envisageait d'inclure une telle discussion au Conseil directeur en septembre.

Le Comité était heureux de noter la participation de l'OPS aux discussions sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant et a proposé que les discussions restent concentrées sur la science et la recherche actuelles. L'Organisation devait continuer à assumer son rôle directeur sur le plan de la santé des peuples autochtones et devait continuer à

s'exprimer en faveur de la Convention cadre sur la lutte antitabac. Un grand nombre de pays de la Région collaborent dans ce domaine, démontrant ainsi le type de solidarité qui serait nécessaire pour arriver à une convention solide.

Le Dr Brandling-Bennett a assuré le Comité que l'Organisation avait un engagement ferme face à la santé des peuples autochtones et la lutte antitabac. L'OPS espérait que les Etats Membres trouveraient les ressources pour permettre à leur représentant de participer aux discussions en cours sur la Convention cadre à Genève. L'Organisation fera tout ce qui soit en son pouvoir pour garantir la participation des Amériques.

Le Directeur a noté que la discussion sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant à l'Assemblée mondiale de la Santé était bien animée, mais les désaccords tenaient davantage à des points de vue personnels qu'aux données scientifiques. L'OPS a proposé de créer un petit groupe d'experts techniques des Amériques qui pourrait se rencontrer pour définir et analyser les questions de manière objective avant la discussion au Conseil directeur. Le groupe se concentrerait sur les données existantes entourant les aspects les plus contentieux, surtout la durée de l'allaitement maternel exclusif. Le but de l'OPS, c'était de rassembler les données scientifiques pertinentes, de se tenir au courant des pratiques actuelles dans les pays et d'identifier des lacunes dans les données pour déterminer quelles sont les recherches supplémentaires qui devront être faites. Le Secrétariat fera le compte rendu de cette activité au 42<sup>e</sup> Conseil directeur.

Le Comité a pris note du rapport du Secrétariat (décision CE126(D8)).

### **Autres questions**

Le Délégué du Canada a annoncé que son pays et l'OPS collaboraient à la traduction en espagnol de plusieurs documents sur les politiques sanitaires du Canada que l'Organisation jugeait utiles pour les pays de l'Amérique latine. Un de ces documents, un rapport sur les stratégies du Canada relatives à l'investissement dans la santé de la population a été distribué au membres du Comité. Il pensait que cette initiative est un excellent exemple de la manière dont l'OPS pourrait faciliter un échange d'informations entre les pays et a exprimé les remerciements de sa délégation à l'Organisation pour son assistance au niveau des traductions.

Le Délégué de Cuba a fait le compte rendu de plusieurs réunions internationales importantes dans son pays qui ont aidé à promouvoir la collaboration entre les pays, notamment le neuvième Sommet ibéro-américain des Chefs d'Etat et de gouvernement tenu

en novembre 1999 et le Sommet Sud-Sud organisé en avril 2000. Le neuvième Sommet ibéro-américain avait établi le Secrétariat de coopération ibéro-américain qui facilite la collaboration entre les pays ibéro-américains. L'événement d'ouverture du sommet était l'inauguration de l'Ecole de Sciences médicales de l'Amérique latine, située à la Havane où le Gouvernement cubain apporte une formation médicale à plus de 3000 étudiants de 20 pays, cette formation étant tout à fait gratuite. Ces étudiants vont ensuite travailler comme médecins dans des régions peu desservies de leurs pays. Cuba est très engagé au concept de coopération entre pays et souhaite réaffirmer son désir de continuer à collaborer avec les pays des Amériques.

### **Clôture de la session**

Le Directeur a remercié le Président de la manière fort compétente dont il a dirigé la session. Grâce à son efficacité, le Comité a pu terminer son travail dans les meilleurs délais. Si certains semblent préoccupés par la courte durée de la session, il pensait personnellement que la valeur d'une réunion se mesure à l'aune de la qualité de son contenu et non de sa longueur. Il pensait que le contenu était des meilleurs grâce à l'excellente préparation des délégués avant la session et leurs commentaires à propos tout au long de la réunion. Tous les points de l'ordre du jour étaient importants mais il en avait un qu'il souhaitait tout particulièrement mettre en exergue, l'Agenda commun OPS/BID/Banque mondiale pour la santé dans les Amériques. En effet, l'Organisation cherchait depuis des années à convaincre d'autres organismes de coopération surtout ceux des sphères financières de l'importance de la santé en tant qu'aspect du développement. Il était donc très satisfait que ces efforts aient abouti à la signature d'un accord formel de coordination des trois organismes en vue d'améliorer les conditions de santé aux Amériques.

Le Président a indiqué que Cuba avait eu l'honneur d'avoir été choisi comme Président du Comité exécutif. Il a remercié également les délégués de leur contribution à la réunion et a exprimé sa reconnaissance à ses collègues du bureau et aux membres du personnel de l'OPS pour les présentations informatives sur les divers points de l'ordre du jour. Ensuite, il a déclaré que la 126<sup>e</sup> session du Comité exécutif était close.

### **Résolutions et décisions**

Voici les résolutions adoptées et les décisions prises par le Comité exécutif lors de sa 126<sup>e</sup> session :

**Résolutions****CE126.R1 : Recouvrement des contributions****LA 126<sup>e</sup> SESSION DU COMITE EXECUTIF,**

Ayant examiné le rapport du Directeur sur le recouvrement des contributions (document CE126/21 et Add. I) ainsi que le rapport relatif aux Etats Membres en retard dans les versements de leurs contributions à un tel point qu'ils pourraient être assujettis à l'application de l'Article 6.B de la Constitution de l'Organisation panaméricaine de la Santé;

Notant les dispositions de l'Article 6.B de la Constitution de l'OPS afférentes à la suspension du droit de vote de tout Etat Membre qui ne s'acquitterait pas de ses obligations financières et à l'application éventuelle de ces dispositions à l'égard de six Etats Membres; et

Notant avec préoccupation que 26 Etats Membres n'ont pas encore effectué de versement au titre de leurs contributions pour 2000 et que les montants reçus pour 2000 ne représentent que 27% du total des contributions de l'année en cours,

**DECIDE :**

1. De prendre note du rapport du Directeur sur le recouvrement des contributions (document CE126/21 et Add. I).
2. De remercier les Etats Membres qui ont déjà effectué des versements au titre de leurs contributions pour 2000 et de prier les Etats Membres qui ne l'auraient pas fait, de s'acquitter de leurs obligations financières dès que possible.
3. De recommander au 42<sup>e</sup> Conseil directeur que les restrictions afférentes au droit de vote dont il est question dans l'Article 6.B de la Constitution de l'OPS soient strictement appliquées aux Etats Membres qui, à l'ouverture dudit Conseil, n'auraient pas effectué un versement substantiel au titre de leur contribution ainsi qu'à ceux qui n'auraient pas effectué des paiements conformément à leurs plans de paiement échelonné.
4. De prier le Directeur de continuer à informer les Etats Membres des soldes exigibles et de faire rapport au 42<sup>e</sup> Conseil directeur de la situation concernant le recouvrement des contributions.

*(Quatrième séance, 27 juin 2000)*

***CE126.R2 : Bâtiments et autres locaux de l'OPS***

***LA 126<sup>e</sup> SESSION DU COMITE EXECUTIF,***

Ayant examiné le rapport sur les mesures prises par le Secrétariat en relation avec les projets approuvés et financés par le Fonds immobilier de l'OPS et la situation concernant les travaux de rénovation de l'immeuble du Siège de l'OPS (document CE126/22);

Se rappelant qu'à la demande du Directeur, en décembre 1999, les membres du Comité exécutif avaient approuvé une augmentation de US\$ 7,5 millions au plafond du Fonds immobilier en fonction d'estimations préliminaires du coût des travaux de rénovation; et

Considérant que les coûts des travaux de rénovation ont été calculés en \$13 millions,

***DECIDE :***

D'approuver une augmentation temporaire du plafond du Fonds immobilier le portant à \$13 millions aux fins d'achever les travaux de rénovation du Siège de l'OPS, augmentation devant être financée par tout excédent des revenus sur les dépenses du budget ordinaire ainsi que par d'autres sources qui pourraient être identifiées.

*(Quatrième séance, 27 juin 2000)*

***CE126.R3 : Fonctionnement du Sous-Comité de planification et de programmation***

***LA 126<sup>e</sup> SESSION DU COMITE EXECUTIF,***

Ayant reçu le rapport présenté par le Président du Sous-Comité de planification et de programmation correspondant à la 33<sup>e</sup> et à la 34<sup>e</sup> sessions (document CE126/5);

Tenant compte de la résolution CE82.R13 de la 82<sup>e</sup> session du Comité exécutif (1979) par laquelle a été créé le Sous-Comité de planification et de programmation pour le long terme, ainsi que des résolutions CE92.R12 (1984) et CE118.R2 (1996); et

Prenant note de l'analyse et des discussions qui ont eu lieu pendant la 33<sup>e</sup> session du Sous-Comité de planification et de programmation concernant le fonctionnement dudit Sous-Comité,

***DECIDE :***

1. De remercier le Président du Sous-Comité pour le rapport présenté
2. De modifier les termes de référence du Sous-Comité de planification et de programmation, Section 4, "Réunions" afin que le premier paragraphe soit formulé de la manière suivante : "Le Sous-comité tiendra normalement une session ordinaire une fois par an aux dates décidées par le Comité exécutif lors de sa session qui suit immédiatement le Conseil directeur ou la Conférence sanitaire panaméricaine. Des sessions extraordinaires pourront être tenues."

*(Quatrième séance, 27 juin 2000)*

***CE126.R4 : Vaccins et immunisation***

***LA 126<sup>e</sup> SESSION DU COMITE EXECUTIF,***

Ayant examiné le rapport du Directeur sur les vaccins et l'immunisation (document CE126/10); et

Tenant compte des progrès faits par tous les pays en ce qui concerne la lutte contre les maladies évitables par la vaccination et les efforts qu'ils déploient pour achever l'éradication de la rougeole en l'an 2000 ainsi que l'introduction de nouveaux vaccins dans leurs programmes nationaux de vaccination,

***DECIDE :***

De recommander au Conseil directeur l'adoption d'une résolution libellé dans les termes suivants :

***LE 42<sup>e</sup> CONSEIL DIRECTEUR,***

Ayant examiné le rapport du Directeur sur les vaccins et l'immunisation (document CD42/\_\_\_) et prenant note des progrès faits par tous les pays concernant la lutte contre les maladies évitables para la vaccination;

Sachant qu'il existe encore un nombre considérable d'enfants qui ne bénéficient pleinement de tous les avantages des vaccinations;

Conscient du fait que des efforts considérables doivent être faits pour atteindre le but de l'éradication de la rougeole d'ici la fin de l'an 2000; et

Sachant que la pérennisation des programmes de vaccination et de lutte/éradication des maladies évitables par la vaccination exige un effort permanent du secteur de la santé à tous les niveaux,

***DECIDE :***

1. De prier instamment les Etats Membres de :
  - a) continuer à accorder une grande priorité au financement de leurs programmes nationaux de vaccination tout particulièrement aux coûts liés à l'introduction de nouveaux vaccins;
  - b) établir, en tant que but national, une couverture vaccinale de 95% par rapport à tous les antigènes dans chaque zone du pays;
  - c) veiller à ce que toutes les mesures nécessaires pour interrompre la transmission de la rougeole soient en place, notamment les opérations de ratissage, ainsi que le renforcement de la surveillance et des enquêtes complètes de cas;
  - d) démarrer des activités concernant l'endiguement de tout matériel de laboratoire pouvant abriter des spécimens de poliovirus sauvage de sorte à pouvoir arriver à la certification mondiale de l'éradication;
  - e) réaliser des évaluations multidisciplinaires périodiques de leur programme national de vaccination afin d'identifier toute contrainte pouvant entraver l'accès équitable aux mesures visant à lutter contre les maladies évitables par la vaccination;
  - f) veiller à ce que tous les vaccins utilisés par les programmes nationaux de vaccination soient conformes aux normes nationales et internationales.
2. De demander au Directeur de :

- a) collaborer avec les Etats Membres concernant l'endiguement du matériel biologique pouvant abriter le poliovirus sauvage;
- b) soutenir les réseaux des autorités nationales et de laboratoires nationaux de contrôle pour veiller à ce que des vaccins de qualité fiable soient utilisés dans tous les pays;
- c) appuyer les évaluations du programme national en coordination avec d'autres partenaires de collaboration;
- d) appuyer les Etats Membres pertinents pour qu'ils puissent en tirer le maximum de bénéfices de l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination.

*Quatrième séance, 27 juin 2000)*

***CE126.R5 : Syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) dans les Amériques***

***LA 126<sup>e</sup> SESSION DU COMITE EXECUTIF,***

Ayant considéré le rapport sur le syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) dans les Amériques (document CE126/9 et Add. I),

***DECIDE :***

De recommander au Conseil directeur l'adoption d'une résolution libellée dans les termes suivants :

***LE 42<sup>e</sup> CONSEIL DIRECTEUR,***

Ayant examiné le rapport sur le syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) dans les Amériques (document CD42/\_\_\_);

Reconnaissant l'étroite relation qu'il y a entre la transmission sexuelle et verticale du HIV et la présence d'autres infections sexuellement transmissibles (IST);

Conscient de l'évolution de l'épidémie du VIH/SIDA/IST dans les Amériques et du grave problème qu'entraîne le nombre croissant de personnes exigeant une prestation intégrale de services de prévention et de soins pour le VIH/SIDA/IST; et

Tenant compte des développements technologiques et des interventions et expériences réussies dans la Région et dans le monde en vue de prévenir et d'endiguer la transmission par voie sexuelle, par le sang ou de la mère à l'enfant, du VIH ou d'autres infections sexuellement transmissibles,

***DECIDE :***

1. De prier instamment les Etats Membres de :
  - a) consolider les activités nationales de lutte contre le VIH/SIDA/IST et encourager la coopération technique et maximiser la collaboration inter-pays par le biais d'initiatives et de programmes mis en place aux niveaux régional, sous-régional et national;
  - b) renforcer la capacité de surveillance des programmes techniques pour mieux suivre les tendances quant à l'épidémie de VIH/SIDA/IST et d'ajuster en voie de conséquence les réponses et les stratégies nationales;
  - c) continuer à accorder une grande importance à la prévention, surtout à la transmission du VIH par voie sexuelle ou de la mère à l'enfant, par le biais de tests et d'activités volontaires de conseil, ainsi que par d'autres mesures adéquates de prévention y compris la formulation de politiques sur les médicaments et l'allaitement maternel fondées sur les progrès de la science;
  - d) envisager la prévention du VIH et les soins pour ceux atteints par le VIH/SIDA comme une gamme complète de services adaptés aux besoins locaux en utilisant efficacement les ressources (approche "par composantes").
2. De demander au Directeur de :
  - a) continuer à faciliter une plus grande participation et collaboration avec d'autres institutions et organismes, et cela tout particulièrement avec l'ONUSIDA, aux fins de lutter contre le VIH/SIDA/IST dans les Amériques;
  - b) renforcer la capacité régionale de collaboration technique surtout dans les domaines du marketing social et la communication, de la promotion d'une sexualité saine et des services complets de prévention du VIH et des soins pour ceux atteints par le VIH/SIDA/IST;

- c) continuer à travailler en faveur de la mise en place du Fonds régional renouvelable pour l'achat de produits stratégiques destinés à la santé publique et de mécanismes permettant aux Etats Membres d'avoir accès à ce Fonds.

*(Sixième séance, 28 juin 2000)*

***CE126.R6 : Evaluation du Programme régional de bioéthique***

***LA 126<sup>e</sup> SESSION DU COMITE EXECUTIF,***

Ayant revu l'évaluation du Programme régional sur la bioéthique (document CE126/11), réalisée conformément à la résolution CD37.R9 (1993) par le Dr James F. Drane; et

Convaincue que l'évaluation a démontré que le Programme a atteint ses objectifs par rapport aux buts fixés au départ et ayant conclu qu'il fallait continuer à répondre aux demandes croissantes dans la Région en ce qui concerne une expertise en éthique et en santé,

***DECIDE :***

1. De remercier le Dr James F. Drane pour avoir réalisé une évaluation complète du Programme régional sur la bioéthique.
2. De recommander au Conseil directeur l'adoption d'une résolution formulée dans les termes suivants :

***LE 42<sup>e</sup> CONSEIL DIRECTEUR,***

Ayant revu l'évaluation du Programme régional sur la bioéthique (document CD42/\_\_\_) réalisé conformément à la résolution CD37.R9 (1993);

Se montrant reconnaissante du considérable appui technique et financier fourni par le Gouvernement du Chili et l'Université du Chili concernant la création et le fonctionnement continu du Programme de bioéthique depuis son démarrage, ainsi que de son engagement à continuer à soutenir le Programme; et

Soulignant que l'analyse bioéthique devrait devenir une partie intégrante de la formulation de politiques et de la prise de décisions dans le secteur de la santé, surtout en ce qui concerne les mécanismes visant à améliorer la qualité des soins de santé et la recherche et à arriver à une plus grande équité au niveau de l'accès aux soins de santé,

***DECIDE :***

1. D'encourager les Etats Membres à insérer dans les fonctions normatives et de gestion des ministères de la santé, les activités touchant à l'analyse bioéthique et de formuler des politiques publiques en santé fondées sur les principes de la bioéthique, surtout en ce qui concerne la recherche portant sur des sujets humains.

2. De demander au Directeur de continuer à soutenir le Programme, d'encourager l'inclusion de l'analyse bioéthique aux activités de coopération technique et de stimuler le renforcement des capacités en matière de bioéthique dans les Etats Membres.

*(Sixième séance, 28 juin 2000)*

***CE126.R7 : Innocuité des aliments***

***LA 126<sup>e</sup> SESSION DU COMITE EXECUTIF,***

Ayant examiné le document CE126/12 qui décrit les problèmes liés à l'innocuité des aliments dans le monde et dans la Région des Amériques en particulier ainsi que les mesures que l'Organisation panaméricaine de la Santé est en train de prendre pour prêter de la coopération technique aux pays en vue de démarrer des programmes d'innocuité des aliments; et

Tenant compte du fait que la 33<sup>e</sup> session du Sous-Comité de planification et de programmation a considéré le document et approuve les activités de coopération technique que réalise l'Organisation,

***DECIDE :***

De recommander que le Conseil directeur adopte une résolution formulée dans les termes suivants :

**LE 42<sup>e</sup> CONSEIL DIRECTEUR,**

Ayant considéré le document sur l'innocuité des aliments dans les Amériques (document CD42/\_\_\_) qui décrit les problèmes actuels provenant des maladies transmises par les aliments et les mesures que prend l'Organisation panaméricaine de la Santé pour aider les pays à résoudre ces problèmes par le biais de la coopération technique en vue d'organiser des programmes pour l'innocuité des aliments;

Tenant compte du fait que la 53<sup>e</sup> Assemblée mondiale de la Santé a adopté la résolution WHA53.15 sur l'innocuité des aliments, soulignant l'importance de la question comme une activité essentielle de santé publique;

Considérant que, selon les rapports préparés par l'Organisation panaméricaine de la Santé par le biais de l'INPPAZ, un nombre très important de flambées de cas de maladies transmises par les aliments a été observé avec un nombre élevé de cas et de décès liés à cette cause; et

Se rappelant que le commerce international crée un risque élevé de flambée de cas de maladies transmises par les aliments à moins que des mesures techniques ne soient prises pour prévenir la contamination des aliments,

**DECIDE :**

1. De prier instamment les Etats Membres de :
  - a) organiser les programmes pour l'innocuité des aliments en tant que fonction essentielle de santé publique, encourageant une coordination active entre les secteurs de la santé et de l'agriculture et l'industrie;
  - b) mettre à jour et moderniser leurs systèmes d'inspection et de salubrité des aliments en tenant compte des normes du Codex Alimentarius, ainsi que des mesures sanitaires comprises dans les Accords sur les normes sanitaires et phytosanitaires;
  - c) tenir compte, lors de l'application des mesures pour l'innocuité des aliments, tant les aliments pour la consommation nationale que pour le marché d'exportation ainsi que les petites et moyennes entreprises;

- d) renforcer les systèmes de surveillance pour les maladies transmises par les aliments afin que l'information obtenue soit utilisée afin d'orienter les mesures destinées à la prévention et le contrôle de ces maladies;
  - e) encourager la participation active des producteurs, des responsables de la transformation alimentaire, des manutentionnaires d'aliments et des consommateurs par le biais de programmes pour la communication et l'éducation sanitaire;
  - f) fournir les ressources nécessaires pour la mise en place de programmes pour l'innocuité des aliments.
2. De remercier le Gouvernement de l'Argentine pour son soutien continu concernant l'entretien et le fonctionnement de l'INPPAZ et de prier instamment le reste des pays de contribuer à son financement.
3. De demander que le Directeur :
- a) continue les activités liées à la formulation et à l'exécution du plan stratégique pour l'innocuité des aliments;
  - b) étudie le bien-fondé d'établir une commission régionale sur l'innocuité des aliments, pour traiter les questions concernant la formulation des politiques régionales dans la matière;
  - c) mette en place des mécanismes de coordination avec d'autres organismes internationaux de coopération technique pour offrir la coopération technique nécessaire aux pays, éviter le double emploi des efforts et faire une meilleure utilisation des ressources.

*(Sixième séance, 28 juin 2000)*

***CE126.R8 : L'équipement et les dispositifs médicaux***

***LA 126<sup>e</sup> SESSION DU COMITE EXECUTIF,***

Ayant examiné le rapport du Directeur (document CE126/14) sur l'équipement et les dispositifs médicaux;

Reconnaissant que, dans l'exercice du rôle directeur du secteur de la santé, une des fonctions essentielles des autorités sanitaires est celle de veiller à l'efficacité, à la sécurité et à la qualité de l'équipement et des dispositifs médicaux utilisés par les services de santé et la population; et

Sachant qu'il est nécessaire de mettre en place un processus pour la planification, l'application et la gestion de la technologie en vue d'assurer le fonctionnement efficace du réseau des services de santé,

***DECIDE :***

1. De remercier le Gouvernement du Canada pour la préparation et la présentation du thème lors de la 34<sup>e</sup> session du Sous-Comité de planification et de programmation.
2. De recommander que le Conseil directeur adopte une résolution formulée dans les termes suivants :

***LE 42<sup>e</sup> CONSEIL DIRECTEUR,***

Ayant examiné le document CD42/\_\_\_ sur l'équipement et les dispositifs médicaux;

Considérant que, dans l'exercice du rôle directeur du secteur de la santé, une des fonctions essentielles des autorités sanitaires est celle de veiller à l'efficacité, à la sécurité et à la qualité de l'équipement et des dispositifs médicaux utilisés par les services de santé et la population;

Reconnaissant qu'il est nécessaire de mettre en place un processus pour la planification, l'application et la gestion de la technologie pour assurer le fonctionnement efficace du réseau des services de santé; et

Tenant compte de la recommandation du Comité exécutif,

***DECIDE :***

1. D'appuyer les recommandations sur l'équipement et les dispositifs médicaux formulées dans le document CD42/\_\_\_ et de soutenir le rôle de l'OPS dans ce domaine.

2. De soutenir la proposition de former un groupe ponctuel afin de promouvoir et de faciliter le processus d'harmonisation de l'équipement et des dispositifs médicaux aux Amériques.
3. De prier instamment les Etats Membres de :
  - a) mettre en place et renforcer leurs programmes de réglementation de l'équipement et des dispositifs médicaux
  - b) de promouvoir et de soutenir la participation de leurs pouvoirs de réglementation aux réunions générales du Groupe de travail mondial chargé de l'harmonisation (GHTF) et à celles de ses quatre groupes d'étude tout en encourageant l'utilisation des documents GHTF dans le cadre de leurs programmes pour la réglementation de l'équipement et des dispositifs médicaux.
4. De demander au Directeur de continuer à soutenir les gouvernements pour la mise en place et la réalisation de programmes en vue de réglementer l'équipement et les dispositifs médicaux et de soutenir la recherche de sources de financement pour les activités du programme d'action proposé pour la période 2000-2001.

*(Sixième séance, 28 juin 2000)*

***CE126.R9 : Harmonisation de la réglementation pharmaceutique***

***LA 126<sup>e</sup> SESSION DU COMITE EXECUTIF,***

Ayant examiné le rapport du Directeur (document CE126/15) sur l'harmonisation de la réglementation pharmaceutique des Amériques,

Tenant compte du fait que les processus d'harmonisation de la réglementation des médicaments sont fondamentaux pour garantir la sécurité, l'efficacité et la qualité des médicaments;

Reconnaissant que d'autres régions et groupes sous-régionaux de pays des Amériques ayant de différents niveaux de développement déploient des efforts au niveau mondial pour progresser sur le plan de l'harmonisation de la réglementation pharmaceutique;

Consciente du fait que, par le biais de ses plans de travail, le Réseau panaméricain pour l'harmonisation des réglementations sur les médicaments représentera une option régionale concrète pour ce processus; et

Observant que l'harmonisation de la réglementation pharmaceutique offre des avantages sanitaires, économiques et techniques pour les pays qui ont décidé de l'appliquer,

***DECIDE :***

1. De remercier le Gouvernement des Etats-Unis d'Amérique pour avoir présenté le thème lors de la 34<sup>e</sup> session du Sous-Comité de planification et de programmation.
2. De recommander au Conseil directeur d'adopter une résolution formulée dans les termes suivants :

***LE 42<sup>e</sup> CONSEIL DIRECTEUR,***

Ayant examiné le rapport du Directeur (document CE126/15) sur l'harmonisation de la réglementation pharmaceutique des Amériques,

Tenant compte du fait que les processus d'harmonisation de la réglementation des médicaments sont fondamentaux pour garantir la sécurité, l'efficacité et la qualité des médicaments;

Reconnaissant que d'autres régions et groupes sous-régionaux de pays des Amériques avec différents niveaux de développement déploient des efforts au niveau mondial pour progresser sur le plan de l'harmonisation de la réglementation pharmaceutique;

Conscient du fait que, par le biais de ses plans de travail, le Réseau panaméricain pour l'harmonisation des réglementations sur les médicaments représentera une option régionale concrète pour ce processus; et

Observant que l'harmonisation de la réglementation pharmaceutique offre des avantages sanitaires, économiques et techniques pour les pays décidés à l'appliquer,

***DECIDE :***

1. De prier instamment les Etats Membres de :

- a) revoir les politiques actuelles relatives aux médicaments dans l'optique d'adopter de nouvelles politiques qui garantiront l'accès à des médicaments sûrs, efficaces et de qualité acceptable;
  - b) renforcer la structure actuelle pour la réglementation pharmaceutique afin de pouvoir émettre des réglementations dans de courts délais mais qui n'en soient pas moins acceptables du point de vue technique;
  - c) soutenir la mise en œuvre nationale des accords et recommandations provenant du Réseau panaméricain pour l'harmonisation des réglementations sur les médicaments.
2. De demander au Directeur de :
- a) soutenir la création du Réseau panaméricain pour l'harmonisation des réglementations sur les médicaments et renforcer le rôle de l'OPS en tant que son Secrétariat;
  - b) faciliter la prise d'accords techniques sur la réglementation des médicaments parmi les Etats Membres dont des accords multilatéraux, bilatéraux et sous-régionaux avec la participation de tous les secteurs et groupes intéressés;
  - c) de promouvoir la recherche de sources de financement pour ce processus ainsi que pour le plan de travail.

*(Sixième séance, 28 juin 2000)*

***CE126.R10 : Rapport financier du Directeur et rapport du Commissaire aux Comptes  
pour 1998-1999***

***LA 126<sup>e</sup> SESSION DU COMITE EXECUTIF,***

Ayant examiné le rapport financier du Directeur pour 1998-1999 (*Document officiel 297*),

**DECIDE :**

1. De transmettre le rapport financier du Directeur et le rapport du Commissaire aux Comptes pour 1998-1999 (*Document officiel 297*) au 42<sup>e</sup> Conseil directeur aux fins d'examen.
2. De noter que les états financiers pour la période biennale 1998-1999 sont présentés conformément aux normes de comptabilité du Système des Nations Unies, ce qui se traduit par une amélioration dans sa présentation et la clarté des états financiers.
3. De reconnaître les efforts de l'Organisation pour faire le suivi et consolider la situation financière du Centre d'épidémiologie des Caraïbes pour l'Alimentation et la Nutrition et de l'Institut de Nutrition de l'Amérique centrale et du Panama, tout particulièrement l'accès à des nouvelles sources de financement, et pour stimuler d'autres initiatives communes afin de formuler et de mettre en œuvre des stratégies visant à améliorer leur situation financière.
4. De féliciter M. le Directeur pour les efforts déployés afin de maintenir l'Organisation dans une situation financière bonne.
5. De remercier M. le Commissaire aux Comptes pour son rapport sur la planification stratégique et l'évaluation à l'OPS.

(Sixième séance, 28 juin 2000)

***CE126.R11 : Avant-projet du budget programme de l'Organisation mondiale de la Santé pour la Région des Amériques pour l'exercice financier 2002-2003***

***LA 126<sup>e</sup> SESSION DU COMITE EXECUTIF,***

Ayant examiné le document CE126/8 traitant de la demande préliminaire faite auprès de l'Organisation mondiale de la Santé d'un montant de US\$ 74 682 000 sans accroissement de coûts pour la Région des Amériques pour l'exercice financier 2002-2003,

***DECIDE :***

De recommander au 42<sup>e</sup> Conseil directeur l'adoption d'une résolution libellée dans les termes suivants :

***LE 42<sup>e</sup> CONSEIL DIRECTEUR,***

Ayant examiné le document CD42/\_\_\_ et la demande préliminaire faite auprès de l'Organisation mondiale de la Santé d'un montant de US\$ 74 682 000 sans accroissement de coûts pour la Région des Amériques pour l'exercice financier 2002-2003; et

Notant la recommandation du Comité exécutif,

***DECIDE :***

De demander au Directeur de transmettre au Directeur général de l'OMS la demande d'un montant de US\$ 74 682 000 sans accroissement de coûts pour la Région des Amériques pour l'exercice financier 2002-2003 aux fins d'examen par le Conseil exécutif de l'OMS et l'Assemblée mondiale de la Santé en 2001.

*(Sixième séance, 28 juin 2000)*

***CE126.R12 : Amendements au Règlement du Personnel du BSP***

***LA 126<sup>e</sup> SESSION DU COMITE EXECUTIF,***

Ayant examiné les amendements apportés par le Directeur au Règlement du Personnel du Bureau sanitaire panaméricain et présentés en annexe du document CE126/23;

Prenant acte des mesures adoptées par la 53<sup>e</sup> Assemblée mondiale de la Santé concernant les traitements des Directeurs régionaux, des Conseillers principaux et Directeur général;

Se rappelant des dispositions de l'article 020 du Règlement du Personnel et de l'Article 3.1 du Statut du Personnel du Bureau sanitaire panaméricain, ainsi que de la résolution CD20.R20 du 20<sup>e</sup> Conseil directeur; et

Reconnaissant le besoin d'uniformiser les conditions d'emploi du personnel du BSP et de l'OMS.

**DECIDE :**

1. De confirmer les amendements apportés par le Directeur au Règlement du Personnel du Bureau sanitaire panaméricain présentés en annexe du document CE126/23, avec effet au 1<sup>er</sup> mars 2000, en ce qui concerne le barème des traitements et les taux d'imposition des membres du personnel à utiliser parallèlement au barème des traitements de base bruts applicable aux postes de la catégorie professionnelle et de rang supérieur.
2. De fixer avec entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> mars 2000 :
  - a) le traitement annuel net du Directeur adjoint à \$99 278 avec personnes à charge et à \$89 899 sans personnes à charge;
  - b) le traitement annuel net du Sous-Directeur à \$98 278 avec personnes à charge et à \$88 899 sans personnes à charge;
3. De recommander au 42<sup>e</sup> Conseil directeur de fixer le traitement annuel net du Directeur à \$108 242 avec personnes à charge et \$97 411 sans personnes à charge, avec entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> mars 2000.

*(Septième séance, 29 juin 2000)*

***CE126.R13 : Ordre du jour provisoire du 42<sup>e</sup> Conseil directeur de l'OPS, 52<sup>e</sup> session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques***

***LA 126<sup>e</sup> SESSION DU COMITE EXECUTIF,***

Ayant pris connaissance de l'ordre du jour provisoire (document CD42/1) préparé par le Directeur pour le 42<sup>e</sup> Conseil directeur de l'OPS, 52<sup>e</sup> session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques, présenté en annexe du document CE126/4; et

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

***DECIDE :***

D'approuver l'ordre du jour provisoire (document CD42/1) préparé par le Directeur pour le 42<sup>e</sup> Conseil directeur de l'OPS, 52<sup>e</sup> session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques, avec les modifications proposées par le Comité exécutif.

*(Septième séance, 29 juin 2000)*

***CE126.R14 : Prix d'Administration de l'OPS, 2000***

***LA 126<sup>e</sup> SESSION DU COMITE EXECUTIF,***

Ayant examiné le rapport du Jury du Prix d'Administration de l'OPS, 2000 (document CE126/6, Add. I); et

Reconnaissant les dispositions des procédures et directives pour conférer le Prix d'Administration de l'OPS, tel qu'approuvées par la 18<sup>e</sup> Conférence sanitaire panaméricaine (1970) et amendées par la 24<sup>e</sup> Conférence sanitaire panaméricaine (1994) et la 124<sup>e</sup> session du Comité exécutif (1999),

***DECIDE :***

1. De prendre note de la décision du Jury du Prix d'Administration de conférer le Prix d'Administration de l'OPS, 2000 au Docteur Roberto Fuentes García, du Chili, pour ses travaux importants dans le domaine de l'administration de la santé publique, se concentrant sur une gestion efficace, la qualité des soins et la satisfaction de l'utilisateur ainsi que pour sa contribution importante à la littérature nationale et internationale dans ces domaines.

2. De transmettre le rapport du Jury du Prix d'Administration 2000 (document CE126/6, Add. I) au 42<sup>e</sup> Conseil directeur.

*(Septième séance, 29 juin 2000)*

***CE126.R15 : Organisations non gouvernementales ayant des relations officielles avec l'OPS***

***LA 126<sup>e</sup> SESSION DU COMITE EXECUTIF,***

Ayant étudié le rapport du Comité permanent sur les organisations non gouvernementales (document CE126/7, Add. I);

Ayant présent à l'esprit les dispositions des Principes régissant les relations entre l'Organisation panaméricaine de la Santé et les organisations non gouvernementales (1995); et

Sachant que les changements proposés dans les *Principes* sont rationnels et faciliteraient leur application,

***DECIDE :***

1. D'approuver la version revue des Principes régissant les relations entre l'Organisation panaméricaine de la Santé et les organisations non gouvernementales contenus dans l'annexe au document CE126/7, Add. I.
2. D'accepter l'Association latino-américaine des industries pharmaceutiques aux termes de relations officielles avec l'OPS pour une période de quatre ans.
3. De renouveler les relations officielles pour une période de quatre ans avec le Collège interaméricain de Radiologie, la Fédération latino-américaine d'Hôpitaux, la Fédération panaméricaine d'Associations de Facultés de Médecine et la Fédération panaméricaine de Professionnels de Soins infirmiers.
4. De rallonger pour une période de deux ans les relations officielles avec la Confédération latino-américaine de Biologie clinique et l'Union latino-américaine contre les maladies sexuellement transmissibles et de demander au Comité permanent, lors de la 130<sup>e</sup> session du Comité exécutif en 2002, de faire le point de la situation concernant les progrès faits par COLABIOCLI et ULACETS pour répondre aux demandes du Comité permanent et formuler une recommandation indiquant s'il est souhaitable ou non de continuer ces relations.
5. De demander au Directeur de :

- a) informer les ONG respectives des décisions prises par le Comité exécutif;
- b) continuer à développer des relations de travail dynamiques avec des ONG interaméricaines dont les domaines d'intérêt sont conformes aux priorités des programmes que les Organes directeurs ont adoptés pour l'OPS;
- c) évaluer la pertinence de la relation avec des ONG interaméricaines travaillant officiellement pour l'OPS, encourageant plus de participation et de collaboration;
- d) continuer à forger des relations entre les Etats Membres et les ONG dans les domaines connexes à la santé;
- e) étendre les relations de l'OPS à la communauté plus ample des ONG concernés par le problème du SIDA aux Amériques et par d'autres domaines intéressant l'OPS.

*(Septième séance, 29 juin 2000)*

***CE126.R16 : Maladies cardio-vasculaires, et notamment l'hypertension***

***LA 126<sup>e</sup> SESSION DU COMITE EXECUTIF,***

Ayant examiné le rapport sur les maladies cardio-vasculaires, et notamment l'hypertension (document CE126/13);

Au vu de l'ampleur du problème lié aux maladies cardio-vasculaires et connaissant le coût-efficacité des interventions pour la prévention et la lutte contre ces maladies, surtout les interventions en vue de lutter contre l'hypertension; et

Sachant que le Sous-Comité de planification et de programmation a examiné les diverses options en vue d'améliorer la prévention et la lutte contre l'hypertension et a indiqué qu'il soutenait les approches proposées pour traiter ce problème,

***DECIDE :***

De recommander que le Conseil directeur adopte une résolution formulée dans les termes suivants :

**LE 42<sup>e</sup> CONSEIL DIRECTEUR,**

Tenant compte de l'information sur les maladies cardio-vasculaires, et notamment l'hypertension, donnée dans le document CD42/\_\_\_;

Au regard de l'ampleur des maladies cardio-vasculaires, principale cause de mortalité et d'invalidité dans tous les pays des Amériques;

Connaissant le coût-efficacité des interventions pour la prévention et le contrôle de ces maladies, surtout les interventions en vue de lutter contre l'hypertension; et

Reconnaissant le besoin d'adopter des mesures pour la prévention et le contrôle des maladies cardio-vasculaires, en général, et l'hypertension en particulier,

**DECIDE :**

1. De prier instamment les Etats Membres de :
  - a) mettre en place des systèmes de surveillance des facteurs-risques des maladies cardio-vasculaires et des maladies non transmissibles en général;
  - b) mettre à jour leurs politiques sanitaires pour renforcer et accorder la priorité aux interventions aux niveaux communautaire et de la prestation de services de santé, surtout dans le domaine des soins primaires, qui favoriseront la prévention et le contrôle des maladies cardio-vasculaires et de l'hypertension en particulier;
  - c) établir ou renforcer des plans nationaux pour la prévention et le contrôle de l'hypertension.
2. De demander au Directeur de :
  - a) prendre les mesures nécessaires pour la mobilisation des ressources de coopération technique qui permettront d'établir ou de renforcer des plans nationaux pour la prévention et le contrôle de l'hypertension dans le cadre d'une stratégie intégrée pour la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles;
  - b) d'encourager les partenariats avec des sociétés scientifiques et professionnelles, des organisations communautaires et des organismes de développement et de coopération

bilatéraux et multilatéraux pour qu'ils puissent soutenir les approches proposées et effectuer de recherches pour améliorer la prévention et le contrôle de l'hypertension.

*(Septième séance, 29 juin 2000)*

***CE126.R17 : Santé infantile***

***LA 126<sup>e</sup> SESSION DU COMITE EXECUTIF,***

Ayant examiné le rapport sur la santé infantile (document CE126/16); et

Sachant que le Sous-Comité de planification et de programmation a examiné le rapport et a convenu de la direction proposée pour soutenir la promotion de la santé et du développement intégral de l'enfant,

***DECIDE :***

De recommander au Conseil directeur l'adoption d'une résolution libellée dans les termes suivants :

***LE 42<sup>e</sup> CONSEIL DIRECTEUR,***

Ayant examiné le rapport sur la santé infantile (document CD42/\_\_\_); et

Reconnaissant la nécessité d'intégrer un nouveau concept plus ample sur l'importance de la santé infantile pour un meilleur avenir, en fonction des réalisations de ces dix dernières années et des nouvelles connaissances et nouveaux faits présentés par les diverses disciplines;

Tenant compte des problèmes encore non résolus concernant les droits des enfants, l'équité du point de vue santé, les occasions de développement et les solutions aux questions fondamentales sur la santé ainsi que les nouveaux problèmes affectant la santé infantile, sachant pourtant qu'il est important de travailler dans le cadre d'un programme plus vaste de santé publique qui tienne compte des déterminants et reconnaisse que l'investissement dans la santé infantile est justifié; et

Reconnaissant que le moment est d'importance critique pour le développement de la santé infantile suite à l'attention mondiale suscitée par l'évaluation du 10<sup>e</sup> anniversaire du Sommet mondial pour les enfants et de la session spéciale de l'Assemblée générale des

Nations Unies prévue pour septembre 2001 quand sera formulé le programme de l'enfant pour le millénaire à venir,

**DECIDE :**

1. De demander aux Etats Membres de :
  - a) mettre en place des processus nationaux pour examiner les politiques et la législation relatives aux droits des enfants, à la distribution des ressources dans une optique favorable à l'enfant et à la famille et aux contributions communautaires et environnementales encourageant les possibilités de santé et développement intégral de l'enfant;
  - b) maintenir la question de la santé et du développement intégral de l'enfant parmi les mesures publiques prioritaires en utilisant notamment les mécanismes disponibles par le biais de l'application des méthodologies de communication social et en se joignant aux efforts et réseaux nationaux et internationaux encourageant le développement en ce domaine;
  - c) inclure à la réforme du secteur de la santé une disposition concernant la réorganisation des systèmes et services de santé de sorte à tenir compte du besoin urgent d'investir de manière prioritaire dans la santé et le développement intégral de l'enfant;
  - d) contribuer à l'amélioration de la santé de l'enfant en encourageant les activités de recherche, en prêtant une attention spéciale à l'intégration au niveau local et en formulant des critères de suivi et d'évaluation.
2. De demander au Directeur de :
  - a) promouvoir la mobilisation de ressources pour permettre un investissement adéquat et recommander des forums nationaux et internationaux accordant la priorité aux activités relatives à la santé intégrale de l'enfant;
  - b) soutenir la mise en place d'un plan d'action régional reposant sur le cadre proposé avec une participation multidisciplinaire et multisectorielle et des efforts coordonnés avec des organismes partenaires;
  - c) encourager le développement d'un réseau de parties intéressées pour l'identification, le test et l'évaluation d'indicateurs reflétant tant le processus que les résultats de la

surveillance des programmes de santé infantile centrés sur l'intégration de la promotion sanitaire et des activités préventives et thérapeutiques, à savoir des critères pour évaluer la santé et pas simplement le manque de santé.

- d) continuer le rôle de chef de file que l'OPS joue aux Amériques dans les domaines de la santé au sein des diverses initiatives régionales ou mondiales, y compris la session spéciale de l'Assemblée général des Nations Unies en 2001 pour faire le suivi du Sommet mondial pour les enfants, les sommets ibéro-américains ainsi que la 5ème Réunion ministérielle sur les enfants et la politique sociale aux Amériques.

(Septième séance, 29 juin 2000)

***CE126.R18 : Fonctions essentielles de la santé publique***

***LA 126<sup>e</sup> SESSION DU COMITE EXECUTIF,***

Ayant examiné le document CE126/17 sur les fonctions essentielles de la santé publique;

Tenant compte du fait que l'Organisation panaméricaine de la Santé a mis en œuvre l'initiative *Santé publique dans les Amériques* afin de définir et de mesurer les fonctions essentielles de la santé publique comme base pour améliorer la pratique de la santé publique et pour renforcer le rôle directeur des autorités sanitaires à tous les niveaux de l'Etat; et

Reconnaissant que les réformes du secteur de la santé doivent prêter une plus grande attention à la santé publique et renforcer la responsabilité sociale et institutionnelle de l'Etat à cet égard,

***DECIDE :***

1. De remercier le Directeur d'avoir présenté le rapport sur le progrès de l'initiative *Santé publique dans les Amériques* et d'avoir démarré des activités visant au renforcement des fonctions essentielles de la santé publique.

2. De recommander que le Conseil directeur adopte une résolution formulée dans les termes suivants :

**LE 42<sup>e</sup> CONSEIL DIRECTEUR,**

Ayant examiné le document CD42/\_\_\_ sur les fonctions essentielles de la santé publique;

Tenant compte du fait que l'Organisation panaméricaine de la Santé a mis en œuvre l'initiative *Santé publique dans les Amériques* afin de définir et de mesurer les fonctions essentielles de la santé publique comme base pour améliorer la pratique de la santé publique et pour renforcer le rôle directeur des autorités sanitaires à tous les niveaux de l'Etat;

Reconnaissant que les réformes du secteur de la santé doivent prêter une plus grande attention à la santé publique et renforcer la responsabilité sociale et institutionnelle de l'Etat à cet égard; et

Prenant note de la recommandation de la 126<sup>e</sup> session du Comité exécutif,

**DECIDE :**

1. De prier instamment les Etats Membres de :
  - a) participer à un exercice régional en vue de mesurer les résultats des fonctions essentielles de la santé publique aux fins de faire une analyse de la situation de la santé publique dans les Amériques, sous les auspices de l'OPS;
  - b) d'utiliser les mesures des résultats des fonctions essentielles de la santé publique pour améliorer les pratiques en matière de santé publique, mettre en place l'infrastructure nécessaire à cette fin et renforcer le rôle directeur des autorités sanitaires à tous les niveaux.
2. De demander au Directeur de :
  - a) diffuser à grande échelle dans les pays de la Région la documentation conceptuelle et méthodologique sur la définition et la mesure des fonctions essentielles de la santé publique;
  - b) réaliser, en étroite coordination avec les autorités nationales de chaque pays, un exercice de mesure des résultats des fonctions essentielles de la santé publique en utilisant la méthodologie dont il est question dans le document CD42/\_\_\_;

- c) faire une analyse régionale de la situation sur le plan de la santé publique dans les Amériques, en fonction d'un exercice de mesure des résultats visant les fonctions essentielles de la santé publique dans chaque pays;
- d) promouvoir la réorientation de l'éducation en santé publique dans la Région conformément au développement des fonctions essentielles de la santé publique;
- e) d'intégrer les activités liées aux fonctions essentielles de la santé publique aux activités de coopération se rapportant à la réforme sectorielle et au renforcement du rôle directeur de l'autorité sanitaire.

*(Septième réunion, 29 juin 2000)*

***CE126.R19 : Faire reculer le paludisme dans la Région des Amériques***

***LA 126<sup>e</sup> SESSION DU COMITE EXECUTIF,***

Ayant examiné le document CE126/18 qui propose que les Etats Membres dans lesquels le paludisme représente un problème de santé publique viennent se joindre à l'initiative *Faire reculer le paludisme* dans la Région des Amériques, sous l'égide de l'Organisation mondiale de la Santé,

***DECIDE :***

De recommander que le Conseil directeur adopte une résolution formulée dans les termes suivants :

**LE 42<sup>e</sup> CONSEIL DIRECTEUR,**

Ayant examiné le document CD42/\_\_\_ qui propose que les Etats Membres dans lesquels le paludisme continue à être un problème de santé publique adoptent l'initiative *Faire reculer le paludisme* sur leur territoire; et

Tenant compte du fait que cette initiative, outre qu'elle répond au but de promouvoir les systèmes et services sanitaires locaux, encourage les efforts conjoints en vue de supprimer les obstacles entravant le contrôle efficace du paludisme par le biais d'actions stratégiques concernant l'utilisation coordonnée des ressources, la mise en place d'une politique afférente aux antipaludéens et la formation des ressources humaines pour appliquer les mesures nécessaires au contrôle de la transmission du paludisme,

**DECIDE :**

1. De prier instamment les Etats Membres de :
  - a) formaliser l'adoption de l'initiative *Faire reculer le paludisme* dans des territoires où le paludisme représente encore un problème de santé publique;
  - b) prendre un engagement pour faire une évaluation annuelle des progrès réalisés dans le cadre des divers volets de l'initiative jusqu'à l'élimination du paludisme en tant que problème de santé publique dans la Région.
2. De demander au Directeur de :
  - a) continuer à soutenir les mécanismes de suivi des progrès concernant les programmes de prévention et de contrôle;
  - b) soutenir les efforts faits afin de mobiliser les ressources nécessaires pour l'élimination du paludisme dans la Région.

(Septième séance, 29 juin 2000)

***Décisions***

***CE126(D1) : Adoption de l'ordre du jour***

Conformément à l'Article 9 du Règlement intérieur du Comité exécutif, le Comité a adopté l'ordre du jour proposé par le Directeur (document CE126/1, Rev.1).

*(Première séance, 26 juin 2000)*

***CE126 (D2) : Représentation du Comité exécutif lors du 42<sup>e</sup> Conseil directeur de l'OPS, 52<sup>e</sup> session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques***

Conformément à l'Article 54 du Règlement intérieur, le Comité exécutif a décidé de nommer son Président (Cuba) et son vice-président (Mexique) pour représenter le Comité lors du 42<sup>e</sup> Conseil directeur, 52<sup>e</sup> Session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques. Comme remplaçants à ces représentants, le Comité a nommé les délégués de la Bolivie et des Etats-Unis d'Amérique.

*(Première séance, 26 juin 2000)*

***CE126(D3) : Rapport du Sous-Comité de planification et de programmation***

Le Comité exécutif a autorisé le Secrétariat à introduire des changements dans la rédaction des termes de référence du Sous-Comité de planification et de programmation de sorte à rendre la terminologie constante et en accord avec les termes de référence utilisés par les autres Organes directeurs de l'Organisation.

*(Première séance, 26 juin 2000)*

***CE126(D4) : Nomination de Guyane auprès du Comité permanent des Organisations non gouvernementales en l'absence d'Antigua et Barbuda***

Puisque Antigua et Barbuda n'était pas représenté à la 126<sup>e</sup> Session, le Comité exécutif a nommé Guyane pour servir temporairement à sa place auprès du Comité permanent des Organisations non gouvernementales.

*(Première séance, 26 juin 2000)*

***CE126(D5) : Centenaire de l'Organisation panaméricaine de la Santé***

Le Comité exécutif a pris note du rapport sur les projets en vue de célébrer le 100<sup>e</sup> anniversaire de l'OPS (document CE126/20) et a approuvé les recommandations contenues dans ce document.

*(Première séance, 28 juin 2000)*

***CE126(D6) : Agenda commun de l'OPS/BID/Banque mondiale pour la santé dans les Amériques***

Le Comité exécutif a pris note du rapport sur l'Agenda commun de l'OPS/BID/Banque mondiale pour la santé dans les Amériques (document CE126/19) et a approuvé vivement l'initiative de collaboration entre l'OPS, la Banque interaméricaine de Développement et la Banque mondiale en vue d'améliorer les conditions de santé dans la Région.

*(Cinquième séance, 28 juin 2000)*

***CE126(D7) : Déclaration du représentant de l'Association du Personnel du BSP***

Le Comité exécutif a pris note de la déclaration du représentant de l'Association du personnel du BSP (document CE126/24) et a exprimé sa satisfaction face aux améliorations notées dans les relations entre le personnel et l'Administration de l'OPS.

*(Sixième séance, 29 juin 2000)*

***CE126(D8) : Résolutions et autres actions de la Cinquante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé revêtant un intérêt pour le Comité exécutif de l'OPS***

Le Comité exécutif a pris note des résolutions et actions de la Cinquante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé revêtant un intérêt pour le Comité exécutif de l'OPS (document CE126.25).

*(Septième séance, 29 juin 2000)*

EN FOI DE QUOI, le Président du Comité exécutif et le Secrétaire ex officio, Directeur du Bureau sanitaire panaméricain signent le présent Rapport final en anglais et en espagnol, dont les textes font également foi.

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

---

Carlos Dotres Martínez  
Délégué de Cuba  
Président de la 126<sup>e</sup> Session  
du Comité exécutif

---

George A. O. Alleyne  
Secrétaire ex officio de la  
126<sup>e</sup> Session du Comité exécutif  
Directeur du Bureau sanitaire panaméricain

## **ORDRE DU JOUR**

### **1. OUVERTURE DE LA SESSION**

### **2. QUESTIONS RELATIVES AU REGLEMENT**

- 2.1 Adoption de l'ordre du jour et du programme des séances
- 2.2 Représentation du Comité exécutif lors du 42<sup>e</sup> Conseil directeur de l'OPS, 52<sup>e</sup> session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques)
- 2.3 Ordre du jour provisoire du 42<sup>e</sup> Conseil directeur de l'OPS, 52<sup>e</sup> session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques

### **3. QUESTIONS RELATIVES AUX COMITES**

- 3.1 Sous-Comité de planification et de programmation
  - Rapports sur les 33<sup>e</sup> et 34<sup>e</sup> sessions
  - Examen du fonctionnement du Sous-Comité de planification et de programmation
- 3.2 Prix d'Administration de l'OPS, 2000
- 3.3 Comité permanent des organisations non gouvernementales
  - Examen des organisations non gouvernementales en relations officielles avec l'OPS
  - Demandes d'admission reçues

#### **4. QUESTIONS RELATIVES À LA POLITIQUE DES PROGRAMMES**

- 4.1 Avant-projet du budget-programme de l'Organisation mondiale de la Santé pour la Région des Amériques pour l'exercice financier 2002-2003
- 4.2 Syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) dans les Amériques
- 4.3 Vaccins et immunisation
- 4.4 Evaluation du Programme régional de bioéthique
- 4.5 Innocuité des aliments
- 4.6 Maladies cardio-vasculaires : l'hypertension
- 4.7 Appareils médicaux
- 4.8 Harmonisation des réglementations pharmaceutiques
- 4.9 Santé infantile
- 4.10 Fonctions essentielles de la santé publique
- 4.11 Paludisme
- 4.12 Agenda commun de l'OPS/BID/Banque mondiale pour la santé dans les Amériques
- 4.13 Centenaire de l'Organisation panaméricaine de la Santé

#### **5. QUESTIONS ADMINISTRATIVES ET FINANCIERES**

- 5.1 Rapport sur le recouvrement des contributions
- 5.2 Rapport financier du Directeur et Rapport du Commissaire aux comptes pour 1998-1999  
  
Rapport du Commissaire aux comptes sur la planification stratégique, la surveillance et l'évaluation au sein de l'OPS
- 5.3 Bâtiments et autres locaux de l'OPS

## **6. QUESTIONS RELATIVES AU PERSONNEL**

- 6.1 Amendements au Règlement du Personnel du BSP
- 6.2 Déclaration du représentant de l'Association du personnel du BSP

## **7. QUESTIONS D'ORDRE GENERAL**

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

## **8. AUTRES QUESTIONS**

## LISTE DES DOCUMENTS

### Documents officiels

*Doc. off. 297* Rapport financier du Directeur et Rapport du  
Commissaire aux comptes pour 1998-1999

### Documents du travail

CE126/1, Rev. 3 Ordre du jour

CE126/2, Rev. 2 Liste des participants

CE126/3 Représentation du Comité exécutif lors du 42<sup>e</sup> Conseil  
directeur de l'OPS, 52<sup>e</sup> session du Comité régional de  
l'OMS pour les Amériques

CE126/4, Rev. 1 Ordre du jour provisoire du 42<sup>e</sup> Conseil directeur de  
l'OPS, 52<sup>e</sup> session du Comité régional de l'OMS pour  
les Amériques

CE126/5 Sous-Comité de planification et de programmation

- Rapports sur les 33<sup>e</sup> et 34<sup>e</sup> sessions
- Examen du fonctionnement du Sous-Comité de  
planification et de programmation

CE126/6, Rev. 1, et Add. I Rapport du jury du Prix d'Administration de l'OPS  
pour 2000

CE126/7 et Add. I Comité permanent sur les Organisations  
non gouvernementales

- Révision de la liste des ONG en relations officielles  
avec l'OPS
- Demandes d'admission reçues

**Documents du travail** (*suite*)

CE126/8	Avant-projet du budget programme de l'Organisation mondiale de la Santé pour la Région des Amériques pour l'exercice 2002-2003
CE126/9 et Add. I	Syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) dans les Amériques
CE126/10	Vaccins et immunisation
CE126/11	Évaluation du Programme régional de bioéthique
CE126/12	Innocuité des aliments
CE126/13	Maladies cardio-vasculaires : l'hypertension
CE126/14	L'équipement et les dispositifs médicaux
CE126/15 et Corrig.	Harmonisation de la réglementation pharmaceutique des Amériques
CE126/16	Santé infantile
CE126/17	Fonctions essentielles de la santé publique
CE126/18	Paludisme
CE126/19	Agenda commun de l'OPS/BID/Banque mondiale pour la santé dans les Amériques
CE126/20	Centenaire de l'Organisation panaméricaine de la Santé
CE126/21 et Add. I	Rapport sur le recouvrement des contributions
CE126/22	Bâtiments et autres locaux de l'OPS
CE126/23	Amendements au Règlement du personnel du Bureau sanitaire panaméricain
CE126/24	Déclaration du représentant de l'Association du personnel du BSP

**Documents du travail** (*suite*)

CE126/25	Résolutions et autres actions de la Cinquante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé revêtant un intérêt pour le Comité exécutif de l'OPS
CE126/26	Rapport du Commissaire aux comptes sur la planification stratégique, la surveillance et l'évaluation au sein de l'Organisation panaméricaine de la Santé
CE126/FR	Rapport Final



**LIST OF PARTICIPANTS  
LISTA DE PARTICIPANTES**

**Members of the Committee  
Miembros del Comité**

**Bolivia**

Dr. Fernando Cisneros del Carpio  
Director de Relaciones Internacionales  
Ministerio de Salud y Previsión Social  
La Paz

**Canada  
Canadá**

Mr. Edward M. Aiston  
Director General  
International Affairs Directorate  
Health Canada  
Ottawa

Mr. Nick Previsich  
Senior Scientific Advisor  
International Affairs Directorate  
Health Canada  
Ottawa

**Cuba**

Dr. Carlos Dotres Martínez  
Ministro de Salud Pública  
Ministerio de Salud Pública  
La Habana

**Members of the Committee** (*suite*)  
**Miembros del Comité** (*suite*)

**Cuba** (*cont.*)

Lic. Enrique Comendeiro Hernández  
Director de Relaciones Internacionales  
Ministerio de Salud Pública  
La Habana

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

Mr. Fernando García Bielsa  
Primer Secretario  
Sección de Intereses de Cuba  
Washington, D.C.

**Ecuador**

Dr. Bayardo García Mata  
Viceministro de Salud  
Ministerio de Salud Pública  
Guayaquil

**Guyana**

Hon. Dr. Henry Jeffrey  
Minister of Health and Labour  
Ministry of Health and Labour  
Georgetown

**Mexico**

**México**

Lic. Eduardo Jaramillo  
Director General de Asuntos Internacionales  
Secretaría de Salud  
México, D.F.

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

**Mexico (cont.)**

**México (cont.)**

Sra. Lourdes Aranda  
Ministra, Representante Alterna  
Misión de México  
ante la Organización de los Estados Americanos,  
Washington, D.C.

Lic. Guillermo Reyes  
Representante Alterno  
Misión de México  
ante la Organización de los Estados Americanos,  
Washington, D.C.

**Nicaragua**

Lic. Mariángeles Argüello  
Ministra de Salud  
Ministerio de Salud  
Managua

Sra. Janett Vásquez Sandoval  
Asesora de la Ministra de Salud  
Ministerio de Salud  
Managua

**United States of America**  
**Estados Unidos de América**

Dr. Thomas E. Novotny  
Deputy Assistant Secretary for International and  
Refugee Health  
Office of International and Refugee Health  
Department of Health and Human Services  
Rockville, MD

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

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

Ms. Ann S. Blackwood  
Director of Health Programs  
Bureau of International Organization Affairs  
Department of State  
Washington, D. C.

Ms. Mary Lou Valdez  
Associate Director for Multilateral Affairs  
Office of International and Refugee Health  
Office of Public Health and Science  
Department of Health and Human Services  
Rockville, MD

Dr. Richard S. Walling  
Director, Office for the Americas and Middle East  
Office of International and Refugee Health  
Office of Public Health and Science  
Department of Health and Human Services  
Rockville, MD

**Observers**  
**Observadores**

***Member States***  
***Estados Miembros***

**Costa Rica**

Dra. Xinia Carvajal Salazar  
Viceministra de Salud  
Ministerio de Salud  
San José

**Observers** (*cont.*)  
**Observadores** (*cont.*)

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

**France**  
**Francia**

Mme Marie-Anne Courrian  
Observateur Permanent Adjoint de la Mission de la France  
auprès de l'Organisation des Etats américains  
Washington, D.C.

**Jamaica**

Ms. Vilma Kathleen McNish  
Minister/Alternate Representative  
Permanent Mission of Jamaica  
to the Organization of American States  
Washington, D.C.

**Peru**  
**Perú**

Sr. Eduardo Zeballos Valle  
Segundo Secretario  
Representación del Perú  
ante la Organización de los Estados Americanos  
Washington, D.C.

**Uruguay**

Mr. Ricardo Varela  
Ministro Consejero  
Misión Permanente de Uruguay  
ante la Organización de los Estados Americanos  
Washington, D.C.

**Observers** (*cont.*)  
**Observadores** (*cont.*)

*Intergovernmental Organizations*  
*Organizaciones Intergubernamentales*

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

Mr. Guillermo Grajales

**Organization of American States**  
**Organización de los Estados Americanos**

Ms. Mercedes Kremenetzky  
Mr. Jorge Guillermo Rucks de Fuentes

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

Ms. Danielle F. Benjamin

**United Nations Economic Commission for Latin America and the Caribbean**  
**Comisión Económica de las Naciones Unidas para América Latina y el Caribe**

Sr. Rex García

*Nongovernmental Organizations*  
*Organizaciones No Gubernamentales*

**Emergency Care Research Institute (ECRI)**

Mr. Jonathan A. Gaev

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

Ing. Luiz Augusto de Lima Pontes

**Observers** (*cont.*)  
**Observadores** (*cont.*)

*Nongovernmental Organizations* (*cont.*)  
*Organizaciones No Gubernamentales* (*cont.*)

**Latin American Confederation of Clinical Biochemistry**  
**Confederación Latinoamericana de Bioquímica Clínica**

Lic. Nelly Betances Cruz  
Lic. Maritza Flores de Parra

**Latin American Federation of Hospitals**  
**Federación Latinoamericana de Hospitales**

Mrs. Ana Cristina Pereiro Neumüller

**Latin American Union Against Sexually Transmitted Diseases**  
**Unión Latinoamericana contra las Enfermedades de Transmisión Sexual**

Ms. Hilda Abreu

**United States Pharmacopeia**

Ms. Jennifer Devine

**Pan American Sanitary Bureau  
Oficina Sanitaria Panamericana**

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

Dr. George A. O. Alleyne

*Advisers to the Director  
Asesores del Director*

Dr. David Brandling-Bennett  
Deputy Director  
Director Adjunto

Dr. Mirta Roses Periago  
Assistant Director  
Subdirectora

Mr. Eric J. Boswell  
Chief of Administration  
Jefe de Administración

Dr. Juan Antonio Casas  
Director, Division of Health and Human Development  
Director, División de Salud y Desarrollo Humano

Dr. Stephen J. Corber  
Director, División de Prevención y Control de Enfermedades  
Director, Division of Disease Prevention and Control

Dr. Ciro De Quadros  
Director, Division of Vaccines and Immunization  
Director, División de Vacunas e Inmunización

Dr. Daniel López Acuña  
Director, Division of Health Systems and Services Development  
Director, División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud

**Pan American Sanitary Bureau** (*cont.*)  
**Oficina Sanitaria Panamericana** (*cont.*)

*Advisers to the Director* (*cont.*)  
*Asesores del Director* (*cont.*)

Dr. Mauricio Pardón  
Director, Division of Health and Environment  
Director, División de Salud y Ambiente

Dr. José Antonio Solís  
Director, Division of Health Promotion and Protection  
Director, División de Promoción y Protección de la Salud

Dr. Carlos Castillo Salgado  
Chief, Special Program for Health Analysis  
Jefe, Programa Especial de Análisis de Salud

Dr. Irene Klinger  
Chief, Office of External Relations  
Jefa, Oficina de Relaciones Externas

Dr. Diana Serrano LaVertu  
Chief, Department of Personnel  
Jefa, Departamento de Personal

Dr. Karen Sealey  
Chief, Office of Analysis and Strategic Planning  
Jefa, Oficina de Análisis y Planificación Estratégica

*Legal Counsel*  
*Asesora Jurídica*

Dr. Heidi V. Jiménez

**Pan American Sanitary Bureau** (*cont.*)  
**Oficina Sanitaria Panamericana** (*cont.*)

*Chief, Department of General Services*  
*Jefe, Departamento de Servicios Generales*

Dr. Richard P. Marks

*Chief, Conference and Secretariat Service*  
*Jefa, Servicios de Conferencias y Secretaría*

Ms. Janice A. Barahona