



ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ



146^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF

Washington, D.C., E-U, du 21 au 25 juin 2010

CE146/FR (Fr.)
25 juillet 2010
ORIGINAL : ANGLAIS

RAPPORT FINAL

TABLE DES MATIÈRES

	<i>Page</i>
Ouverture de la session.....	6
Questions relatives au Règlement.....	7
Election du Bureau.....	7
Adoption de l'ordre du jour et du Programme des réunions.....	7
Représentation du Comité exécutif lors du 50 ^e Conseil directeur de l'OPS, 62 ^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques	7
Ordre du jour provisoire du 50 ^e Conseil directeur de l'OPS, 62 ^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques.....	8
Questions relatives aux Comités.....	9
Rapport de la quatrième session du Sous-Comité programme, budget et administration	9
Prix de l'OPS d'administration 2010.....	10
Organisations non gouvernementales (ONG) en relations officielles avec l'OPS	10
Rapport annuel du Bureau d'éthique 2009-2010	11
Désignation de trois membres auprès du Comité d'audit de l'OPS.....	13
Questions relatives à la politique des programmes.....	14
Evaluation du Budget Programme 2008-2009 en fin de période biennale / Rapport de situation intérimaire sur le Plan stratégique 2008-2012 de l'OPS (projet).....	14
Modernisation du Système d'information pour la gestion du BSP.....	19
<i>La ligne de l'action a approuvé par le comité de direction Memebbers</i>	23
Evaluation de la politique du Budget programme régional	23
Institutions nationales associées à l'OPS en matière de coopération technique.....	27
Stratégie de réduction de l'abus de substances psychoactives.....	29
Stratégie et plan d'action pour la prévention, le contrôle et les soins contre la maladie de Chagas	31
Stratégie et plan d'action pour l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH et de la syphilis congénitale.....	33
Développement des compétences du personnel de santé dans les systèmes de santé fondés sur les soins de santé primaires	35
Santé, sécurité humaine et bien-être	38
Stratégie et plan d'action pour la réduction de la malnutrition chronique.....	40
Renforcement des programmes de vaccination	43
Plan d'action sur la sécurité des hôpitaux.....	44
La santé et les droits de l'homme	46
Examen des centres panaméricains.....	49

TABLE DES MATIÈRES (suite)

	<i>Page</i>
Questions administratives et financières	50
Rapport sur le recouvrement des contributions	50
Rapport financier du Directeur et Rapport du Commissaire aux comptes externe pour 2008-2009	51
Processus de nomination du Commissaire aux comptes externe de l'OPS pour 2012-2013 et 2014-2015	56
Plan-cadre d'investissement.....	56
Statut des projets financés par le compte de réserve de l'OPS	58
Examen de la commission prélevée sur les achats de fournitures de santé publique effectués pour le compte des États membres	60
Questions liées au personnel	63
Amendements au Règlement et au Statut du personnel du Bureau sanitaire panaméricain	63
Réforme contractuelle à l'OPS	64
Déclaration du Représentant de l'Association du personnel de l'OPS/OMS	66
Questions d'information.....	67
Budget programme de l'OMS 2008-2009 : rapport sur l'appréciation de l'exécution.....	67
Cadre de gestion fondée sur les résultats de l'OPS.....	69
Système d'intégrité et de gestion des conflits à l'OPS	71
Préparatifs pour la table ronde sur l'urbanisme et une vie saine	73
30 ^e anniversaire de l'éradication de la variole et de la création du Fonds renouvelable de l'OPS pour l'achat de vaccins	73
Rapports d'avancement sur les questions techniques	74
A. Mise en œuvre du Règlement sanitaire international (2005).....	74
B. Mise à jour sur la grippe pandémique (H1N1) 2009	75
C. Plan d'action régional pour le renforcement du recueil des données d'état civil et de santé.....	77
D. Initiative régionale sur les données sanitaires de base et les profils de pays...78	
E. Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac: opportunités et défis concernant sa mise en œuvre aux Amériques	79
F. Mise en œuvre de la Stratégie régionale et Plan d'action pour une approche intégrée de la prévention des maladies chroniques et de la lutte contre celles-ci, y compris l'alimentation, l'activité physique et la santé	80
G. Elimination de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale	82

TABLE DES MATIÈRES *(suite)*

Page

Résolutions et autres actions d'organisations intergouvernementales revêtant un intérêt pour l'OPS : 63 ^e Assemblée mondiale de la Santé.....	83
Rapports d'avancement sur les questions administratives et financières : état de la mise en œuvre des Normes comptables internationales du secteur public (IPSAS)	84
Autres questions.....	85
Clôture de la session.....	86
Résolutions et décisions	86
 <i>Résolutions</i>	
CE146.R1 : Recouvrement des contributions.....	86
CE146.R2 : Fonds Directeur d'investissement.....	87
CE146.R3 : Commission prélevée sur les achats de fournitures de santé publique effectués pour le compte des États membres	88
CE146.R4 : Organisations non gouvernementales en relations officielles avec l'OPS.	89
CE146.R5 : Désignation de trois membres auprès du Comité d'audit de l'OPS.....	90
CE146.R6 : Plan d'action sur la sécurité des hôpitaux.....	91
CE146.R7 : Renforcement des programmes de vaccination	93
CE146.R8 : Développement des compétences du personnel de santé dans les systèmes de santé fondés sur les soins de santé primaires.....	96
CE146.R9 : Centres panaméricains	98
CE146.R10 : Ordre du jour provisoire du 50 ^e Conseil directeur de l'OPS, 62 ^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques	100
CE146.R11 : Pris ce l'OPS d'Administration 2010.....	100
CE146.R12 : Stratégie et Plan d'action pour la réduction de la malnutrition chronique.....	104
CE146.R13 : Amendements au Règlement et au Statut du Personnel du Bureau sanitaire panaméricain	108
CE146.R14 : Stratégie et Plan d'action pour la prévention, le contrôle et les soins contre la maladie de Chaga	117
CE146.R15 : Stratégie et Plan d'action pour l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH et de la syphilis congénitale.....	119
CE146.R16 : La santé et les droits de l'homme	123

TABLE DES MATIÈRES *(suite)*

Page

Résolutions (suite)

CE146.R17 : Institutions nationales associées à l'OPS en matière de coopération technique	126
CE146.R18 : Santé sécurité humaine et bien-être	128

Décisions

CE146(D1) Adoption de l'ordre du jour	130
CE146(D2) Représentation du Comité exécutif auprès du 50 ^e Conseil directeur, 62 ^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques	130

Annexes

- Annexe A. Ordre du jour
- Annexes B. Liste de documents
- Annexes C. Liste des participants

RAPPORT FINAL

Ouverture de la session

1. La 146th session du Comité exécutif de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) s'est tenue au Siège de l'Organisation à Washington, D.C. du 21 au 25 juin 2010.
2. Assistaient à la session des délégués des neuf membres suivants du Comité exécutif élus par le Conseil directeur: Argentine, Bolivie, Colombie, Guatemala, Haïti, Mexique, Saint Vincent et les Grenadines, Suriname, et Venezuela. Des représentants d'États membres, États participants et États observateurs ont assisté à la session en qualité d'observateurs : Brésil, Canada, Costa Rica, Pays-Bas, Espagne et États-Unis d'Amérique. En outre, deux organisations intergouvernementales, un organisme des Nations Unies et deux organisations non gouvernementales étaient représentés.
3. Le Dr Fernando Meneses González (Mexique, Président du Comité exécutif), a fait l'ouverture formelle de la session. Le Dr José Ángel Córdova Villalobos, Secrétaire à la Santé, a souhaité la bienvenue aux membres, observateurs et au personnel de l'OPS et a observé que plusieurs événements tragiques avaient eu de profondes répercussions sur la santé et la vie de nombreuses personnes dans la Région : les tremblements de terre en Haïti et au Chili et, plus récemment, les inondations au Guatemala. Dans toutes ces situations, l'OPS et les pays de la Région avaient agi en solidarité avec les populations touchées, essayant de mitiger l'impact des catastrophes et de réduire les risques de santé connexes. Ces événements avaient fait ressortir le besoin de continuer à renforcer la capacité de réponse aux niveaux national et régional. Il était certain que le travail qu'effectuera le Comité lors de sa 146^e session aidera à cet égard. Il a affirmé que son Gouvernement était prêt à continuer à collaborer avec l'OPS et d'autres États membres dans le cadre de diverses questions de santé publique, notamment par le biais du Système de santé publique mésoaméricain, initiative publique-privée au sein de laquelle l'OPS assumait un rôle important.
4. Le Comité avait un ordre du jour bien rempli de questions techniques et administratives et il revenait à ses membres le rôle essentiel de guider l'Organisation dans la bonne voie pour relever les défis sur le plan de la santé que confronte la Région. Nul doute, à son avis, que les délibérations du Comité seront la parfaite occasion d'échanger des points de vue et des expériences permettant de renforcer l'Organisation dans son entier.
5. Le Dr Mirta Roses (Directrice, Bureau sanitaire panaméricain (BSP)) a également souhaité la bienvenue aux participants, notant avec satisfaction la présence de nombreux ministres de la santé, témoignant ainsi de leur engagement face à l'Organisation. C'est

avec grand plaisir qu'elle anticipe leurs suggestions sur les divers points de l'ordre du jour et elle se réjouit à l'idée d'une semaine de discussions intéressantes et productives.

Questions relatives au Règlement

Election du Bureau

6. Les membres suivants élus au Bureau de la 145^e session ont continué à servir dans leurs capacités respectives lors de la 146^e session :

Président : Mexique (Dr Fernando Meneses González)

Vice-Président : Haïti (Dr Alex Larsen)

Rapporteur : Suriname (Dr Celsius Waterberg)

7. La Directrice était la secrétaire de droit et le Dr Jon Kim Andrus (Directeur adjoint, BSP) occupait la fonction de Secrétaire technique.

Adoption de l'ordre du jour et du Programme des réunions (documents CE146/1, Rév. 2 et Rév. 3, et CE146/WP/1, Rév. 1)

8. Le Secrétaire technique a introduit l'ordre du jour contenu dans le document CE146/1, Rév. 2, et a proposé que le point 7.6.8 (rapport d'avancement sur la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement dans la Région des Amériques) soit retiré provisoirement de l'ordre du jour jusqu'en 2011, pour attendre que soient disponibles les résultats de la discussion qui se tiendra sur ce thème lors de la soixante-cinquième session de l'Assemblée générale des Nations Unies.

9. Le Comité a adopté l'ordre du jour, tel qu'amendé (document CE146/1, Rév. 3), et a également adopté un programme des séances (CE146/WP/1, Rév. 1) (Décision CE146[D1]).

Représentation du Comité exécutif lors du 50^e Conseil directeur de l'OPS, 62^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques (document CE146/2)

10. Conformément à l'Article 54 de son Règlement, le Comité exécutif a nommé les délégués du Mexique et du Suriname pour représenter le Comité lors du 50^e Conseil directeur, 62^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques (Décision CE146[D2]).

Ordre du jour provisoire du 50^e Conseil directeur de l'OPS, 62^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques (documents CE146/3, Rev. 1 et Rev. 2)

11. Mme Piedad Huerta (Conseillère, Bureau des organes directeurs, BSP) a présenté l'ordre du jour provisoire du 50^e Conseil directeur, 62^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques, tel qu'il figure en Annexe A du document CE146/3, Rév. 2. Elle a noté que le point 2.3, Mise en place d'un groupe de travail pour étudier l'application de l'Article 6.B de la Constitution de l'OPS, pouvait être éliminé car aucun État membre n'était soumis actuellement aux dispositions de l'Article 6. Elle a noté que les questions relatives aux politiques des programmes étaient quasiment identiques à celles qui avaient été examinées lors de la session présente du Comité exécutif avec l'adjonction de la table ronde sur l'urbanisme et une vie saine. Les questions d'information étaient, elles aussi, quasiment les mêmes.

12. Dans la discussion qui s'en est suivie, un délégué a remarqué que l'ordre du jour était très ambitieux bien qu'il sache en toute confiance que le Bureau est tout à fait capable de le gérer. Par ailleurs, ce même délégué a demandé s'il était prescrit constitutionnellement ou par toute autre stipulation existante que le Conseil directeur doive se rencontrer pendant toute une semaine. Observant que l'Assemblée mondiale de la Santé tentait de réduire la durée de ses sessions, il a proposé que le Bureau étudie à l'avenir s'il était vraiment nécessaire que les États membres se réunissent à l'occasion du Conseil directeur pendant toute une semaine. Toutefois, il était conscient du fait que, si le Conseil directeur devait être abrégé, il devait être impératif de gérer avec le plus grand soin le temps qui lui était consacré.

13. Mme Huerta a fait savoir que son bureau allait s'assurer que la session se déroule avec la plus grande efficacité et qu'un temps suffisant était consacré à chaque point de l'ordre du jour.

14. La Directrice a indiqué que le Conseil directeur par le passé se rencontrait pendant trois semaines, durée qui avait été raccourcie à deux semaines et ensuite à quatre jours et demi. De même, l'Assemblée mondiale de la Santé se réunissait au départ pendant deux mois. Bien plus brève à présent, elle exigeait par ailleurs de nombreuses réunions intergouvernementales qui coûtaient des millions de dollars pour essayer d'arriver à un consensus sur des points de l'ordre du jour qui se sont avérés trop complexes pour qu'on puisse les aborder et les traiter en une seule petite semaine.

15. Le Bureau avait réussi à alléger l'ordre du jour des diverses réunions des Organes directeurs en utilisant la formule des réunions virtuelles et en transférant l'essentiel des questions budgétaires et administratives au Sous-comité de programme, budget et administration, laissant ainsi plus de temps au Comité exécutif pour se pencher sur les thèmes relevant des politiques de santé. En essayant de couvrir trop rapidement tous les

points de l'ordre du jour, on prenait le risque de ne pas écouter tous les points de vue d'une discussion dont les conclusions ne représenteraient donc pas un authentique consensus.

16. Non seulement destinée à examiner les points de l'ordre du jour, la semaine du Conseil directeur était aussi l'occasion d'organiser un certain nombre d'activités complémentaires dont la célébration du 30^e anniversaire de l'éradication de la variole ainsi que de la création du Fonds renouvelable pour l'achat de vaccins. Une réception en soirée sera organisée conjointement avec la Fondation panaméricaine de la santé et de l'éducation pour présenter les diverses remises de prix et donner ainsi l'occasion de rencontrer et de converser avec les nombreux partenaires et associés de l'Organisation, ainsi que les représentants des organismes concernés du pays hôte. Une semaine somme toute bien remplie.

17. Le Comité exécutif a adopté la résolution CE146.R10, approuvant l'ordre du jour provisoire du 50^e Conseil directeur, 62^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques.

Questions relatives aux Comités

Rapport de la quatrième session du Sous-comité programme, budget et administration (document CE146/4)

18. L'Honorable Dr Douglas Slater (Saint-Vincent et les Grenadines, Président du Sous-comité de programme, budget et administration) a noté que le Sous-comité de programme, budget et administration (SPBA) avait tenu sa quatrième session, les 17 et 18 mars 2010. Session à laquelle ont assisté des représentants des membres suivants du Sous-comité, élus par le Comité exécutif ou désignés par la Directrice : Barbade, Bolivie, Cuba, Guatemala, Mexique, Saint-Vincent et les Grenadines et les Etats-Unis d'Amérique. Des représentants du Brésil, du Canada, du Honduras et du Suriname ont assisté à titre d'observateurs. Saint-Vincent et les Grenadines a été élu à la Présidence du Sous-comité. La Bolivie a été élue à la Vice-présidence et le Mexique au poste de Rapporteur.

19. Le Sous-comité a été le forum d'un échange très productif de points de vue sur bon nombre de questions importantes, d'ordre financier, administratif et autre, dont toutes figurent également à l'ordre du jour de la 146^e session du Comité exécutif. Aussi, ferait-il le compte rendu des discussions et des recommandations du Sous-comité sur ces points de l'ordre du jour au fur et à mesure qu'elles seraient prises en compte par le Comité.

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

Prix de l'OPS d'administration 2010 (documents CE146/5 et CE146/5, Add. I)

21. Le Dr Celsius Waterberg (Suriname) a indiqué que le jury de la remise des prix pour l'administration 2010, comprenant la Colombie, le Guatemala, et le Suriname, s'était rencontré le 23 juin. Après avoir revu l'information sur les candidats nommés par les États membres, le jury a décidé de remettre le prix OPS de l'Administration 2010 au Dr Elsa Yolanda Palou, pour l'impact national et sous-régional de ses activités administratives, médicales, pédagogiques et de sa recherche sur la qualité des soins prodigués aux patients souffrant de maladies transmissibles, surtout les personnes vivant avec le VIH/SIDA.

22. Le Comité exécutif a félicité le Dr Palou et a adopté la résolution CE146/R.11, notant la décision du jury, amendant le paragraphe 11 des procédures de remise des prix et transmettant le report au 50^e Conseil directeur.

Organisations non gouvernementales (ONG) en relations officielles avec l'OPS (document CE146/6)

23. Le Dr Douglas Slater (Représentant du Sous-comité de programme, budget et administration) a indiqué que, conformément à la procédure stipulée dans les *Principes régissant les relations entre l'Organisation panaméricaine de la Santé et les organisations non gouvernementales*, le Sous-comité a tenu une séance à huis clos lors de sa quatrième session pour revoir le statut de deux ONG en relations officielles avec l'OPS et pour envisager la demande d'une ONG cherchant à entrer en relations officielles avec l'Organisation. Suivant la réunion à huis clos, le Sous-comité avait décidé de recommander que le Comité exécutif approuve la continuation de relations officielles entre l'OPS et la Confédération de biochimie clinique d'Amérique latine (*Latin American Confederation of Clinical Biochemistry*) et l'Alliance nationale pour la santé hispanique (*National Alliance for Hispanic Health*), et d'accueillir dans les relations officielles le Centre pour un transport durable du World Resource Institute Center.

24. Le Dr Ana Leticia Cáceres de Maselli (Confédération de biochimie clinique d'Amérique latine) a rappelé que son organisation entretenait depuis 20 ans une excellente relation de travail avec l'OPS, qui avait permis de porter de nombreuses améliorations à la réglementation et à la qualité du travail des laboratoires.

25. La Directrice a indiqué que les liens entre l'OPS et les organisations non gouvernementales étaient d'une grande valeur pour le travail de l'Organisation car les ONG servaient de centres d'excellence dans leurs différentes sphères. Les relations entre

l'OPS et les organisations non gouvernementales sont guidées par des plans de travail, formulés par des ONG, qui contribuent aux activités de l'Organisation et à la réalisation de ses objectifs. Les ONG ont également apporté une assistance dans le cas d'événements inattendus comme les tremblements de terre récents en Haïti et au Chili.

26. Le Comité exécutif a adopté la résolution CE146.R4, confirmant les recommandations faites par le Sous-Comité de programme, budget et administration.

Rapport annuel du Bureau d'éthique 2009-2010 (document CE146/7)

27. M. Philip MacMillan (Géramt, Bureau d'éthique, BSP), introduisant le document CE146/7, a noté que les quatre principales fonctions du Bureau d'éthique consistaient à donner des conseils et directives au personnel sur la conduite déontologique, de dispenser formation et éducation sur les questions éthiques et sur le Code de l'OPS pour les principes éthiques et la conduite déontologique, de faire des enquêtes sur les cas allégués de mauvaise conduite et de manquement aux principes éthiques ainsi que de formuler de nouvelles politiques et initiatives se rapportant à l'observation du code éthique. Il a donné un bref aperçu du travail fait dans ces domaines, récapitulant l'information plus détaillée contenue dans le document, et présentant également une brève mise à jour des futures actions envisagées pour promouvoir une culture éthique au sein de l'Organisation.

28. S'agissant du volet des conseils et directives, le personnel est vivement encouragé à poser des questions pour éviter des situations susceptibles de déboucher sur un conflit d'intérêt ou de créer un problème pour l'Organisation ou les membres du personnel. Le Bureau d'éthique a répondu à 66 d'enquêtes de ce type en 2009-2010, légère augmentation par rapport à la période précédente. Environ un tiers des enquêtes concernaient une participation à des activités extérieures, notamment la participation à divers conseils et comités. D'autres enquêtes avaient rapport à des conflits d'intérêt, récompenses ou cadeaux reçus et emplois de membres de la famille.

29. La fonction de la formation repose sur le cours en ligne (basé sur des cas concrets), obligatoire pour tout le personnel travaillant déjà pour l'Organisation ou venant se joindre aux rangs du personnel. Pour compléter cette activité pivot, le Bureau d'éthique avait l'intention d'acheter des programmes de formation prêts à l'emploi. A cet effet, les différentes offres estimatives des vendeurs étaient en train d'être évaluées.

30. Sur le plan enquêtes, le rôle du Bureau d'éthique se limitait à la recherche des faits. Il ne faisait pas de recommandations concernant les mesures à prendre suivant une enquête car une telle décision relevait de la compétence du bureau de gestion des ressources humaines. Cette séparation vérifiait que le même bureau n'était pas celui qui devait rassembler les faits et prendre la décision.

31. Pendant la période de notification de 2009-2010, le Bureau d'éthique avait reçu 17 rapports soulevant des problèmes au niveau de l'éthique. Le chiffre de tels rapports avait été de 27 et de 30 rapports respectivement lors des deux périodes précédentes. Sur les 17 cas, une action disciplinaire avait été prise dans deux cas, les employés avaient suivi des séances de conseils dans trois cas, aucune violation éthique n'avait été constatée pour trois autres cas et on attendait la décision pour deux autres cas. La disposition des cas restants est encore attendue. Le Bureau d'éthique n'avait pas recommandé d'actions particulières contre les personnes concernées par les enquêtes mais par contre, il a fait des suggestions pour aider à améliorer les pratiques organisationnelles, renforcer les contrôles internes et mitiger les risques.

32. Les futures activités visant à promouvoir une culture éthique au sein de l'Organisation devraient chercher à mettre à jour le Code des principes éthiques et de la conduite déontologique, à faire une enquête pour évaluer le climat éthique au sein de l'Organisation et à réaliser des activités supplémentaires de formation. De plus, le Bureau d'éthique avait l'intention de changer sa période de notification, la faisant de mai-avril à l'année civile. En effet, cela faciliterait la notification et la comparaison avec d'autres organisations internationales et permettrait également au Bureau de présenter des rapports plus détaillés au Comité exécutif en juin, comportant une analyse plus approfondie des questions éthiques qui s'étaient présentées pendant l'année et leurs implications possibles pour le travail de l'Organisation.

33. Le Comité exécutif avait noté avec satisfaction le rapport et la présentation. Il a reconnu la valeur du travail réalisé pendant l'année et a approuvé les nouvelles mesures prises et celles envisagées pour l'avenir. On a proposé que les futurs rapports distinguent davantage et classent par catégorie les types d'actions prises en réponse aux violations éthiques car elles pouvaient être de nature très différente. Un délégué, observant que le nombre de rapports sur les violations possibles avait diminué, passant de 30 il y a deux années à 17 cette année, se demandait si la réduction était due au fait que le climat éthique s'améliorait ou parce que le personnel avait perdu l'incitation à notifier de tels cas. Une autre déléguée se demandait s'il existait une politique de recours si une personne avait subi des représailles parce qu'elle avait signalé une violation ou conduite indigne ou parce qu'elle avait participé à une enquête. Elle a suggéré que l'information sur la politique contre ce type de vengeance devrait être affichée sur le site web du Bureau d'éthique pour que le personnel puisse la consulter aisément.

34. M. MacMillan a reconnu que le Bureau d'éthique avait effectivement assisté à une diminution dans le nombre de rapports l'année dernière. A son avis, cette tendance montrait qu'il fallait à nouveau lancer une nouvelle campagne de sensibilisation au sein de l'Organisation. Il a rappelé que la dernière campagne s'était déroulée en 2007 et que, dans les années qui ont suivi, un nombre considérable de rapports avait été reçu. Il a ajouté que plus de détails sur les violations éthiques et les mesures disciplinaires prises

pourraient être donnés une fois que le compte rendu au Bureau d'éthique prendrait le format de l'année civile. Et c'est avec plaisir qu'il indique que le site web sur l'interdiction de se venger était en train d'être mis au point et serait prêts dans les semaines qui viennent.

35. La Directrice a affirmé que le Bureau mettait en avant l'aspect prévention dans son travail sur les questions déontologiques. On espérait que tout le personnel ainsi que les partenaires de l'extérieur remettraient en question et contesteraient toute situation risquant de présenter un conflit d'intérêt ou une incertitude quant à l'adéquation d'une activité donnée. Aussi, était-il important que le personnel soit au courant des actions qu'il peut prendre ainsi que des politiques de l'Organisation. Dans le domaine de l'éthique comme dans la santé publique, il valait mieux prévenir que guérir.

36. Le Comité exécutif a pris note du rapport.

Désignation de trois membres auprès du Comité d'audit de l'OPS (document CE146/8)

37. L'Honorable Dr Douglas Slater (Représentant du Sous-comité de programme, budget et administration) a noté que le Sous-comité avait envisagé une liste de candidats, préparée par la Directrice, conformément aux Termes de référence pour le Comité d'audit mis en place par le Conseil directeur en 2009. Le Sous-comité avait mis en place un groupe de travail avec des représentants de la Barbade, de la Bolivie et du Guatemala pour revoir les qualifications des candidats et dresser une liste en ordre de préférence. Le Sous-comité avait insisté sur le fait qu'une femme figure parmi les trois candidats en tête de liste aux fins d'assurer l'équité entre les genres.

38. Le Groupe de travail avait tenu deux réunions pendant la quatrième session du Sous-Comité et avait dressé la liste classée de quatre candidats. Il avait recommandé que les trois premiers candidats de la liste soient nommés, mais avait donné quatre candidats pour que le Comité exécutif ait le choix, à savoir en ordre de préférence : (1) M. Alain Gillette, (2) M. Peter Maertens, (3) Mme Carman L. LaPointe, et (4) Mme Amalia Lo Faso.

39. Le Dr Heidi Jiménez (Conseillère juridique, BSP) a noté qu'en plus du document CE146/8, qui donnait des informations générales et les termes de référence, un dossier avec les curricula vitae des quatre éventuels candidates avait également été distribué aux membres du Comité exécutif qui devaient choisir trois candidats parmi les quatre proposés.

40. Plusieurs délégués prenant en considération les efforts faits par le Groupe de travail qui avait étudié en détail les candidatures se sont montrés en faveur du choix proposé. Une déléguée par contre pensait qu'en vertu de leurs qualifications et expérience, les candidats devaient être reclassés de la manière suivante : Mme Carman L. LaPointe, Mme Amalia Lo Faso, M. Peter Maertens et M. Alain Gillette. Un autre délégué, insistant sur le fait que le Comité d'audit devait être absolument impartial et indépendant du BSP, a proposé que le Comité exécutif choisisse les trois membres du Comité d'audit dans la liste intégrale des candidats qui répondent à toutes les conditions attachées à cette position.

41. Le Dr Slater a vivement recommandé au Comité de suivre le processus qui avait été démarré à la quatrième session du Sous-comité de programme, budget et administration.

42. La Directrice a fait savoir que c'était une société de l'extérieur qui avait retenu les candidats pour le Comité d'audit et que les positions n'étaient pas rémunérées. Elle était certaine que le processus entier était impartial. Elle a également noté que la création du Comité d'audit entraînait dans un ensemble de mesures prises pour instaurer une culture d'éthique et de transparence au sein de l'Organisation comprenant également le Bureau d'éthique, le système de protection des dénonciateurs et d'autres mesures.

43. Suite à une discussion supplémentaire, le Comité exécutif a convenu de suivre la recommandation du Sous-comité et de choisir les trois premiers candidats proposés. On a déterminé par la suite, par tirage au sort, que M. Alain Gillette ferait partie du Comité d'audit pendant quatre ans, Mme Carman LaPointe pendant trois ans et M. Peter Maertens pendant deux ans.

44. Le Comité exécutif a adopté la résolution CE146.R5, confirmant les sélections susmentionnées.

Questions relatives à la politique des programmes

Evaluation du Budget Programme 2008-2009 en fin de période biennale / Rapport de situation intérimaire sur le Plan stratégique 2008-2012 de l'OPS (projet) (document CE146/9, Rév. 1)

45. L'Honorable Dr Douglas Slater (Représentant du Sous-comité de programme, budget et administration) a fait savoir que le Sous-comité avait examiné la méthodologie servant à évaluer la mise en œuvre du Budget et Programme de 2008-2009 et le Plan stratégique pour la période 2008-2012 et qu'il avait approuvé la proposition de faire une évaluation intégrale et transparente des résultats de fin de période biennale, relevant

l'importance de telles évaluations pour une gestion axée sur les résultats. Les membres ont fait un certain nombre de suggestions concernant le contenu et la présentation du rapport d'évaluation. Du point de vue contenu, plusieurs délégués ont proposé d'inclure une information sur les défis rencontrés au niveau de l'application du Budget et Programme et sur l'enseignement retiré, sur les mesures prises pour améliorer l'efficacité et l'efficience au niveau de la mise en œuvre des programmes ainsi que sur les améliorations réalisées au niveau de l'état de santé des populations dans les États membres grâce aux activités menées à bien lors de l'exercice biennal. On a également suggéré de mettre au clair les objectifs de l'évaluation de fin de période biennale et d'indiquer dans le rapport comment le Bureau utilisera les résultats pour les futures activités de budgétisation et de planification des programmes. On a également suggéré de donner une information plus détaillée concernant l'impact de la crise financière mondiale et de la pandémie (H1N1) 2009 sur la réalisation des divers objectifs stratégiques.

46. Le Dr Isaías Daniel Gutiérrez (Gérant, Planification, budget et coordination des ressources, BSP) a récapitulé le contenu du document CE146/9, mettant en évidence les changements proposés en réponse aux commentaires et aux recommandations du Sous-comité des programmes, du budget et de l'administration (SPBA), notamment l'inclusion d'une analyse des progrès dans les huit domaines d'action de l'Agenda de santé pour les Amériques 2008-2017, d'une analyse des progrès sur la base de la priorité accordée à chaque objectif stratégique et d'une analyse de l'impact sur la santé de la crise économique mondiale, de la pandémie de grippe et des diverses catastrophes et urgences qui sont survenues dans la Région pendant la période biennale.

47. Il a noté que sur les 16 objectifs stratégiques (OS), seuls quatre étaient jugés « à risque » à la fin de la période biennale (à savoir, taux de mise en œuvre de 75%-89%, avec action nécessaire pour rattraper les retards, surmonter les obstacles et risques qui pourraient entraver leur réalisation d'ici la fin de 2012.) Sur les 88 résultats escomptés sur l'ensemble de la Région (RER), 21 (24%) sont à risque. Il a souligné que ces chiffres reflétaient les résultats d'une composante quantitative de l'évaluation de fin de période biennale qui était très rigoureuse : si, par exemple, un objectif avait été fixé pour 36 pays et que tous à l'exception d'un seul l'avaient atteint à la fin de 2009, on considérerait pourtant que l'objectif n'avait pas été atteint. L'évaluation quantitative était complétée par une évaluation qualitative, qui révélait davantage les circonstances spécifiques entourant les objectifs non atteints et parlant également davantage des progrès qui ont été faits.

48. Se rapportant à la Figure 8 et au Tableau 6 dans le document, qui montrait respectivement les fonds disponibles par objectif stratégique en tant que pourcentage de leur budget approuvé et l'alignement de l'affectation des fonds disponibles sur le classement prioritaire programmatique des divers objectifs stratégiques, il a noté que les déficits de financement dans certains domaines reflétaient un manque de financement

flexible, reflétant à son tour le fait que la majorité (65%) du budget ordinaire était allouée aux postes. Aussi, était-il difficile de transférer les fonds d'un objectif stratégique à un autre pour combler le déficit. De plus, la vaste majorité des contributions volontaires étaient réservées à des buts spécifiques. Lors de la période biennale actuelle, le Bureau ferait tous les efforts possibles pour mobiliser des contributions volontaires flexibles pour s'assurer que les objectifs stratégiques de la plus haute priorité reçoivent un financement adéquat.

49. Le Comité exécutif a noté avec satisfaction les modifications portées au document en réponse aux commentaires du SPBA, en particulier l'identification des progrès réalisés et de l'enseignement retiré lors de la période biennale par rapport à chaque objectif stratégique. On recommandait vivement au Bureau de redoubler d'efforts pour les objectifs stratégiques et les résultats escomptés sur l'ensemble de la région qui sont notés « à risque » et de chercher à supprimer les obstacles retenus dans les « commentaires sur les progrès » pour les RER jugés à risque. On encourageait également le Bureau à appliquer à son travail l'enseignement retenu en 2008-2009, aussi bien pendant la période biennale actuelle que lors des futures périodes biennales et de continuer à intégrer l'angle du genre et les aspects interculturels dans tous ses programmes et toutes ces activités. On a fait l'éloge des progrès réalisés par le Bureau concernant la mise en œuvre de la gestion basée sur les résultats.

50. Plusieurs délégués ont noté que le Tableau 6 dans le rapport comportait certaines anomalies. Si on prenait, par exemple, les OS5 et OS9, ils étaient classés en dernier du point de vue de leur priorité programmatique mais les deux étaient pourtant financés en excès alors que les objectifs stratégiques qui étaient classés au premier, au second et au troisième rang étaient tous sous-financés. Des questions ont été posées concernant les critères qui avaient été appliqués dans le classement prioritaire et on a suggéré qu'au vu des problèmes de financement indiqués sur le tableau 6, il serait bon de revoir le modèle de classement. On a demandé que soit expliquée plus clairement une phrase du paragraphe 91 du rapport, indiquant que « une concurrence plus resserrée parmi un groupe croissant d'organisations ciblant la santé » était l'une des principales raisons du déficit de financement. Les délégués ont appuyé les efforts faits par le Bureau pour obtenir davantage de contributions volontaires qui ne sont pas réservées à des fins spécifiques.

51. Le Dr Gutiérrez a répondu que, dans la version du rapport présentée au Conseil directeur, le Bureau apporterait de plus amples informations sur les organisations auxquelles le document faisait allusion au paragraphe 91. Concernant les résultats escomptés sur l'ensemble de la région classés comme étant « à risque », il a expliqué que la plupart comportaient des objectifs demandant des interventions de la part des États membres, par exemple les objectifs de la couverture vaccinale. Le fait qu'ils étaient classés « à risque » ne signifiait pas qu'aucun progrès n'avait été fait par rapport à ces

objectifs ou qu'ils ne seraient probablement pas atteints d'ici la fin de 2010, dernière année couverte par le Plan stratégique actuel. En fait, le classement « à risque » indiquait qu'au moins 75% des indicateurs pour les RER à risque avaient été atteints. Aucun RER ne se trouvait « en problème », voulant dire que le taux de mise en œuvre était inférieur à 75% et qu'il existait un grave risque que les objectifs ne soient pas atteints. Des efforts devront encore être faits pour les RER à risque mais on pense que, dans le mois restant avant décembre 2012, ils seraient atteints.

52. Tel qu'indiqué dans le rapport, le classement des objectifs stratégiques avait été fait par voie de la méthodologie Delphi modifiée, en tenant compte de nombreuses variables. La méthodologie et le classement prioritaire conséquent des objectifs stratégiques avaient été présentés aux États membres qui les avaient approuvés. En ce qui concerne les ressources octroyées à chaque objectif stratégique, les chiffres du Tableau 6 indiquaient dans quelle mesure le déficit de financement avait été comblé entre les ressources du budget ordinaire et les contributions volontaires. Il a réitéré qu'il était difficile pour l'Organisation de combler ces déficits car la plupart des contributions volontaires avaient été réservées à des fins spécifiques et que 65% du budget ordinaire était consacré aux coûts du personnel. Aussi, existait-il peu de marge de manœuvre pour transférer les fonds ou les postes du personnel d'un objectif stratégique à un autre.

53. Le Dr Gina Tambini (Gérante, Santé familiale et communautaire, BSP), prenant la parole en tant que facilitatrice de l'Objectif stratégique 9 (nutrition, innocuité des aliments et sécurité alimentaire), a noté que le classement à risque de l'OS9 se basait sur des indicateurs initiaux fixés dans le cadre du Plan stratégique 2008-2012, dont plusieurs sont des indicateurs cumulés faisant qu'il était difficile de les suivre et de les mesurer. Ces indicateurs avaient été modifiés dans la version amendée du Plan stratégique, approuvée par les Organes directeurs en 2009. Cherchant à vérifier que l'OS9 soit atteint en 2012, le Bureau intervenait au niveau du renforcement des plans, des programmes et des stratégies dans les États membres pour améliorer la nutrition, l'innocuité des aliments et la sécurité alimentaire. De plus, une équipe inter organisationnelle de nutrition et de développement avait été mise sur pied au sein du Bureau pour promouvoir une approche intégrée à la question, et l'OPS collaborait avec d'autres agences des Nations Unies dans le cadre de l'Alliance panaméricaine pour la Nutrition et le Développement pour la Réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement.

54. Le Dr Jacobo Finkelman (Gérant par intérim, Surveillance de la santé et de la prévention et le contrôle des maladies, BSP), prenant la parole en tant que facilitateur pour l'Objectif stratégique 3 (maladies non transmissibles chroniques) a indiqué que l'OS3 était à risque pour deux raisons fondamentales : la première était liée au besoin de renforcer les processus de formulation des politiques au niveau des pays et la seconde au besoin de mobiliser davantage de ressources externes. Si bien la majorité des cibles des indicateurs sous l'OS3 avaient été atteints, il fallait pourtant un engagement politique et

financier plus solide pour vérifier que l'objectif soit pleinement atteint d'ici 2012. Le Bureau faisait son possible pour y arriver.

55. Le Dr Jean-Luc Poncelet (Gérant, Préparatifs en cas d'urgence et secours en cas de catastrophe, BSP), prenant la parole en tant que facilitateur de l'Objectif stratégique 5 (urgences et catastrophes), a indiqué que, même s'il semble que l'OS5 dispose d'un financement excessif, tel n'est pourtant pas le cas. L'information dans le Tableau 6 indique la combinaison de financement dans deux domaines dans le cadre du budget 2008-2009 : réponse en cas d'urgence et préparatifs aux urgences.

56. Le Dr Gutiérrez a ajouté que, dans le budget pour 2010-2011, l'information sur l'OS5 serait indiquée séparément de l'information sur les autres objectifs stratégiques, car elle entrait dans le domaine de « réponse aux flambées de cas et crises », un des trois segments dans lesquels le budget était divisé (les deux autres étant les programmes de base de l'OPS/OMS et les projets internes financés par le gouvernement).

57. La Directrice a fait remarquer que les chiffres monétaires dans le rapport ne reflétaient pas forcément la priorité assignée à un objectif stratégique particulier ou le niveau de soutien apporté à sa réalisation, car souvent ce soutien prend la forme de services consultatifs ou d'activités de plaidoyer. Il était difficile de comptabiliser de telles fonctions de soutien ou le temps du personnel consacré aux divers objectifs stratégiques. Et, il était encore plus difficile de combler les déficits de financement dans certains domaines. En général, les donateurs étaient davantage prêts à apporter une aide pour traiter des problèmes de santé perçus comme étant une menace collective, comme c'est le cas avec les maladies transmissibles. Par ailleurs, des problèmes comme l'obésité et les maladies cardiaques, étaient vus comme une menace à l'individu. On espérait que le sommet de l'Assemblée générale des Nations Unies sur les maladies non transmissibles en 2011 sensibiliserait davantage sur l'importance des maladies non transmissibles comme problème de santé publique et partant, aboutira à un soutien accru pour leur prévention et leur contrôle.

58. Répondant aux questions concernant la concurrence pour obtenir des ressources internationales dans le domaine de la santé, elle a expliqué que, lors des dix dernières années, une centaine pratiquement de nouveaux mécanismes et de nouvelles initiatives ont été créés pour mobiliser des ressources pour la santé. S'agissant notamment du Fonds mondial pour la lutte contre le SIDA, le paludisme et la tuberculose, l'Alliance GAVI, Global Aid Network (GAIN) et de nombreux autres. Aussi, le financement de activités de santé s'était-il accru mais n'est pas passé forcément par le biais de l'OPS/OMS bien que l'Organisation soit de plus en plus sollicitée pour aider les pays à préparer des propositions de projet et à négocier un financement pour ces projets à partir des divers nouveaux mécanismes. Par contre, ce financement souvent n'est pas disponible pour les pays des Amériques, dont la majorité sont des pays à revenus intermédiaires et qui ne

sont donc pas éligibles pour recevoir un soutien d'un grand nombre de ces nouvelles sources.

59. Le Comité a pris note du rapport.

Modernisation du Système d'information pour la gestion du BSP (document CE146/10)

60. L'Honorable Dr Douglas Slater (Représentant du Sous-comité des programmes, du budget et de l'administration) a indiqué que le Sous-comité avait été informé que la Directrice avait mis sur pied un comité chargé de guider un projet sur la modernisation du Système de gestion institutionnelle du BSP (renommé par la suite le Système d'information pour la gestion du BSP ou PMIS/BSP) et de présenter les recommandations aux Organes directeurs en 2010. Ce comité avait retenu trois options de base comptant différentes caractéristiques et divers avantages et inconvénients. On avait assuré le Sous-comité que toutes les options présentées répondaient aux exigences et conditions du Système de gestion globale (GSM) de l'OMS.

61. Le Sous-comité s'est montré satisfait de la mise à jour du projet bien qu'à l'avis de certains membres, une information supplémentaire doit être donnée sur l'investissement qu'il fallait faire pour exécuter chaque option et sur les implications pour l'Organisation du point de vue de la mise en œuvre de ses programmes. On a proposé que le document qui serait présenté au Comité exécutif comprenne une matrice récapitulant les caractéristiques des différentes options aux fins de faciliter la comparaison. Certains délégués craignaient que l'OPS ne se soit pas alignée suffisamment sur le GSM, puisque le maintien d'un système séparé demanderait par la suite des coûts de maintenance et de mise à jour, coûts qui devront être assumés uniquement par l'OPS. Le Sous-comité avait encouragé le Bureau d'envisager l'exécution de tout nouveau système de gestion, un module à la fois, pour éviter les problèmes qu'avait connus l'OMS après avoir introduit le GSM d'un coup.

62. Le Dr Mohamed Abdi Jamas (Sous-Directeur général, Administration, OMS) a fait une présentation sur le Système de gestion globale, expliquant que, jusqu'à une date relativement récente, les six Bureaux régionaux de l'OMS avaient utilisé des systèmes différents qui ne pouvaient pas communiquer entre eux. En 2000, une étude avait été faite pour examiner le coût de l'amélioration de la situation et, en 2003, l'Assemblée mondiale de la Santé avait décidé que \$55 millions¹ seraient alloués à la mise au point d'un nouveau système pour l'Organisation prise dans son entier. Opération qui a abouti au Système de gestion globale, le nouveau système institutionnel d'information pour la

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

gestion de l'OMS. Le GSM est basé sur un logiciel Oracle *enterprise resource planning* (ERP), avec l'adjonction de modules pour la planification de programmes et la gestion axée sur les résultats.

63. Le GSM est entré en fonctionnement le 1er juillet 2008 au Siège de l'OMS dans le Bureau régional du Pacifique occidental et dans un certain nombre d'entités connexes. On avait d'abord envisagé de l'appliquer module par module mais en fin de compte, on a décidé de le mettre en œuvre en une seule fois. Si les six ou sept premiers mois avaient été juchés d'immenses problèmes, à présent pourtant le système était stable. Le Global Service Center, centre de transformation centralisé pour l'Organisation entière avait été mis en place à Kuala Lumpur, après avoir envisagé divers emplacements en Malaisie, Kuala Lumpur avait été choisi comme le site préféré car c'était l'option au coût le moindre. Le Centre employait uniquement un personnel recruté localement et était dirigé par un représentant D1, le poste ayant été reclassé récemment de D2. Il gérait actuellement le traitement de toutes les fonctions, telles que les salaires, les déplacements et la gestion des ressources humaines.

64. L'introduction du GSM devrait permettre non seulement une plus grande efficacité mais aussi une économie des coûts. Ce dernier élément n'avait pas encore pu être atteint mais la situation s'améliorera certainement une fois que le système soit utilisé dans toutes les régions de l'OMS. D'autres avantages étaient prévus dont la transparence, puisque l'information est à la portée de tout le personnel dont l'accès soit autorisé ; la redevabilité va s'améliorer puisque les ressources seront reliées aux éléments programmatiques et les managers seront habilités à prendre des décisions dont ils doivent rendre compte ; la décentralisation de la responsabilité et des pouvoirs ; des rôles clairement définis et standardisés pour autoriser et certifier les actions ; des efficacités et de la ponctualité dues au fait que la saisie des données ne se fait qu'une seule fois et que les données sont stockées dans une base de données centrale ; une grande exactitude tenant à l'existence d'une seule source de données et à l'intégration de validations et des contrôles ; une information en gestion, fiable et en temps réel, ainsi qu'une plus grande autonomie du personnel et augmentation de la capacité de self-service.

65. En 2009, on s'était attaché à corriger les défaillances rencontrées dans le système et, en janvier 2010, on l'avait étendu aux Régions de la Méditerranée orientale, de l'Europe et des Régions de l'Asie du Sud-est. Les préparations étaient en cours à l'heure actuelle pour son expansion à la Région de l'Afrique, laquelle rencontrera ses propres difficultés au regard de la taille de cette Région, à son infrastructure de communication précaire en général et au fait que le GSM devra fonctionner en français. L'expansion utilisera les \$5 millions restants sur le montant octroyé au départ à ce projet. Il a souligné que les \$55 millions avaient été alloués uniquement pour la conception et la création du système : n'étaient pas inclus dans ce chiffre, la formation, les déplacements liés au

projet, les améliorations de l'infrastructure ou les dépenses récurrentes, budgétisés à presque \$31 millions pour 2010-2011.

66. Le Dr Isaías Daniel Gutierrez (Gérant, Planification, budget et coordination de ressources, BSP) a fait une présentation sur le Système d'information pour la gestion du BSP (PMIS/BSP), et sur ses liens avec le GSM. Il a expliqué que le BSP était fermement engagé à répondre aux conditions du GSM et que le Bureau travaillait déjà dans ce sens en procédant à l'alignement programmatique et au partage d'information. Il a rappelé que le Comité du PMIS devait produire des biens livrables pour les Organes directeurs : une description des principes directeurs du PMIS, une analyse des processus opérationnels du BSP et une étude des options pour la modernisation du PMIS afin qu'une décision puisse être prise par les Organes directeurs.

67. Les principes directeurs, donnés en Annexe A du document CE146/10, guideront les efforts de modernisation du PMIS. Ils sont tirés des principes de l'OMS et comportent une évaluation des besoins et points uniques de l'OPS. Ils ont été mis au point par le Comité du PMIS avec la participation du personnel du BSP à tous les niveaux et en intégrant les recommandations faites par le Sous-comité de programme, de budget et d'administration.

68. L'Annexe B présente une étude détaillée des différences entre les principes directeurs des deux organisations dont il faudra tenir compte lors des travaux de mise à jour ou remplacement du PMIS/BSP. Si certaines différences sont mineures, d'autres par contre sont importantes, par exemple le fait que l'OPS a un niveau sous-régional et qu'elle reçoit des contributions directement de ses États membres.

69. L'Annexe C examine les différences dans les modèles opérationnels de l'OPS et de l'OMS. Ces différences tiennent au fait que ce sont des institutions juridiques séparées avec des constitutions séparées, que l'OPS est régie par ses propres organes directeurs tout en étant investie par les missions des Organes directeurs de l'OMS et au fait que les deux organisations ont des programmes de travail qui divergent. Ces différences auront également des implications pour le système d'information en gestion.

70. Le Comité du PMIS/BSP a formulé trois options pour améliorer le système actuel. Elles sont décrites en détail dans l'Annexe D du document. L'option suppose l'adoption du GSM de l'OMS avec l'une des trois variantes suivantes : 1(a) – utiliser le même exemple de base de données et la même unité opérationnelle que d'autres Bureaux régionaux de l'OMS ; 1(b) – utiliser le même exemple de base de données mais avec une unité opérationnelle différente ou 1(c) utiliser le GSM comme cas séparé, en installant une copie vierge du GSM séparément pour le BSP. L'option 2 passe par la modernisation des systèmes actuels du BSP et l'option 3 serait une formule hybride comprenant le logiciel SAP[®] *enterprise resource planning* (ERP) en ajoutant certaines caractéristiques

de fonctionnalité spécifiques à l'OPS. Une information détaillée sur les pour et contre ainsi que sur les coûts des diverses options est donnée en Annexe D.

71. Le Comité exécutif a exprimé sa satisfaction au Bureau pour un rapport de nature aussi complète. Il a notamment apprécié l'inclusion des divers aspects soulevés par le Sous-comité de programme, budget et administration ainsi que la comparaison détaillée des avantages et des inconvénients des diverses options, montrant clairement que le choix qui se présente à l'OPS consiste soit à adopter le GSM, soit un système d'information différent qui lui sera intégré et que le coût et le risque étaient les deux pendants de ce choix.

72. Le Comité a également apprécié les efforts faits pour préparer la comparaison détaillée entre les principes directeurs de l'OPS et de l'OMS. Si dans certains cas, les différences étaient mineures, par ailleurs, à nombreux autres égards, la comparaison montrait que l'OPS avait des exigences uniques, liées généralement à sa structure (y compris les entités régionales, sous-régionales et nationales) et à la manière dont elle mène à bien sa mission par le biais d'activités comme l'approvisionnement. Tel que le montre bien le rapport, le GSM ne permettra pas de répondre à tous les besoins de l'OPS, et bien que le rapport indique également que l'intégration complète avec le GSM était une exigence primordiale pour l'OPS, le Comité était d'avis qu'il ne serait pas possible d'appliquer le GSM sans certaines modifications au vu de ces différences entre l'OPS et les autres régions de l'OMS.

73. Le consensus entre les membres du Comité était le suivant : les options 1c et 3 permettraient toutes deux d'éviter les inconvénients liés à l'adoption pure et simple du GSM sans modification. Le Comité était également d'avis que l'option 1c permettrait à l'OPS de maintenir son autonomie tout en facilitant le partage d'information avec l'OMS. Par ailleurs, le Comité était préoccupé par les coûts élevés de cette option, ainsi que par les coûts de la mise à jour nécessaire du logiciel Oracle E-Business Suite release 12, surtout au vu de l'annonce récente indiquant qu'il n'y aurait pas de versions ultérieures du logiciel E-Business Suite, car un nouveau produit Oracle Fusion viendra la remplacer. Le Comité pensait qu'une information supplémentaire était nécessaire à cet égard.

74. Le Comité pensait que l'option 3 permettait également de maintenir l'autonomie de l'OPS sur le plan de la gouvernance, que son coût était relativement bas et qu'elle utilisait un logiciel commercial à jour et uniforme qui avait été choisi par les Nations Unies comme sa plate-forme préférée. Par ailleurs, dans le cadre de l'option 3, l'OPS mettrait en œuvre un système ERP pour lequel l'Organisation n'avait ni connaissance ni expérience institutionnelle. Aussi, le Comité cherchait-il à obtenir plus d'informations sur les risques associés à cette option, surtout en ce qui concerne les domaines où des modifications aussi bien au GSM qu'au logiciel SAP seraient nécessaires pour soutenir les besoins opérationnelles de l'OPS, sur l'expérience d'autres organisations qui avaient

déjà adopté le logiciel SAP dans le système des Nations Unies, surtout pour savoir si les modifications étaient chères ou difficiles et pour se mettre au courant des autres risques connus liés à la mise en place de ce système.

75. On s'est demandé comment la modernisation serait financée, en souhaitant qu'il ne faille pas augmenter les contributions à cette fin. Le Comité a demandé au Bureau de faire des mises à jour régulières sur le coût du processus.

76. Concernant les observations des futures mises à jour du système Oracle, le Dr Jamas a convenu qu'il fallait encourir un coût pour passer de la formule 11 à la formule 12 mais d'après ce qu'il sait, la version future du logiciel Oracle Fusion répondrait aux besoins des utilisateurs actuels du logiciel E-Business Suite. De plus, il a cru comprendre qu'il faudra attendre plusieurs années pour que l'Oracle Fusion arrive sur le marché.

77. La Directrice pensait que le Comité avait bien progressé puisqu'il avait réduit à deux les options envisagées pour arriver à une décision finale sur l'action à prendre concernant le PMIS dont l'importance est vitale pour la capacité du Bureau à apporter une coopération technique et d'autres services que les États membres attendent de lui.

La ligne de l'action a approuvé par les membres du Comité exécutif

78. Suivant la discussion, le Comité exécutif a avalisé la modernisation du système d'information pour la gestion du BSP et a approuvé ses principes directeurs. Rappelant le statut juridique séparé de l'OPS et d'autres facteurs, le Comité a recommandé les options 1(c) et 3 comme étant les options qui conviennent le mieux pour la modernisation du PMIS/BSP et a demandé qu'une analyse plus détaillée soit faite de ces deux options, y compris sur les risques et les coûts liés à leur mise en œuvre. Le Comité exécutif a également proposé un dialogue détaillé avec l'OMS et d'autres entités utilisant le GSM ainsi qu'avec d'autres organismes des Nations Unies utilisant le logiciel SAP, pour obtenir de plus amples informations sur son fonctionnement.

79. Le Comité exécutif a demandé que les États membres restent engagés lors de la préparation du nouveau document pour le Conseil directeur et que soient intégrés les résultats des dialogues susmentionnés. Il a également demandé à la Directrice de présenter un plan de financement avec les sources de financement et les efforts proposés de mobilisation des ressources.

Evaluation de la politique du Budget programme régional (document CE146/11)

80. L'Honorable Dr Douglas Slater (Représentant du Sous-comité de programme, budget et administration) a indiqué que le Sous-comité avait examiné les termes de référence et la procédure proposés pour évaluer la politique du Budget programme

adoptée en 2004 et avait noté avec satisfaction le plan d'évaluation de la politique qui, à l'avis des membres, allait rehausser la transparence et appuyait la gestion axée sur les résultats. Un certain nombre de questions avaient été posées sur le contenu et le résultat visé de l'évaluation : par exemple, allait-elle se pencher sur l'utilisation des affectations variables des pays et l'emploi des fonds pour la coopération technique entre pays, est-ce que la méthode des affectations de ressources serait évaluée, comment seraient mis à jour les critères pour arriver à une affectation plus équitable des ressources entre les pays, est-ce que l'évaluation serait reliée à l'évaluation de fin de période biennale du Budget programme 2008-2009 et de nouvelles recommandations et propositions de politiques seraient-elles faites sur la base des résultats de l'évaluation. Le Sous-comité a vivement recommandé que le Secrétariat obtienne les points de vue des autorités nationales sur la politique.

81. M. Román Sotela (Conseiller principal, Gestion du budget et du programme, BSP) a fait un survol de l'histoire et des caractéristiques de la Politique du budget programme régional (décrite en détail dans les documents CD45/7 et CE134/FR, paragraphes 46 à 74).

82. M. David O'Regan (Auditeur général, Services de supervision et d'évaluation internes, BSP) a récapitulé ensuite les résultats préliminaires de l'évaluation, notant que l'évaluation était encore en cours, mais devait être achevée avant le 50^e Conseil directeur en septembre, et qu'à cette date une information bien plus détaillée serait présentée. Il a expliqué qu'un des principaux objectifs de l'évaluation était de fournir des recommandations guidant la formulation de la prochaine politique du Budget programme régional. Comme résultat principal, l'évaluation a conclu que la formulation et la mise en œuvre de la politique avait été une réussite en général pour le Bureau et les États membres. La politique avait dégagé une méthodologie transparente, systématique et constante pour l'affectation des budgets ordinaires biennaux de l'OPS entre les niveaux régional, sous-régional et national.

83. La recherche faite par les Services de supervision et d'évaluation internes a indiqué que la politique semblait unique parmi les organisations internationales du point de vue de sa méthode d'affectation basée strictement sur des formules. Certaines autres organisations internationales avaient également des modèles basés sur des formules mais étaient davantage ouvertes à la souplesse et discrétion. IES avait revu et refait les calculs de la formulation des affectations budgétaires de la politique et avait constaté que la politique était mise en œuvre correctement. Néanmoins, IES avait plusieurs recommandations concernant certains aspects de la méthodologie.

84. Il s'agissait notamment de revoir le seuil de financement de la politique, car certains cas, les faits laissaient à penser que le plancher de financement risquait d'être trop faible pour garantir un niveau minimal d'opérations. L'indice à base de besoins de

l'élément de la variable de l'affectation devrait également être revu et d'autres méthodes de neutralisation de l'impact de la taille de la population devraient être revues pour s'assurer que la taille de la population ne se répercute pas indûment sur l'affectation selon les besoins. Il faudra songer à accroître les parts proportionnelles du budget ordinaire des cinq pays clés retenus dans le cadre de la politique si on veut arriver à répondre à leurs besoins les plus urgents. Il faudrait examiner la possibilité d'augmenter le niveau proportionnel de l'affectation variable des pays – qui se situe actuellement à 2% uniquement du budget ordinaire total- tout en maintenant les critères stricts de son utilisation. IES a constaté que l'exécution du budget au niveau sous-régional avait été plus faible qu'aux niveaux régional et national et a recommandé d'attacher une plus grande importance à la transparence de cet élément de la politique, en se donnant par exemple des critères clairs pour la distribution des ressources au sein des sous-régions.

85. Finalement, si la nature stricte de caractère formule de la politique lui a conféré une grande transparence et constituait une de ces forces, cette rigidité par ailleurs pouvait également être envisagé comme un facteur limitant. Certains autres éléments plus discrétionnaires devraient peut-être introduits dans la politique.

86. Le Comité exécutif note avec satisfaction l'évaluation qui témoigne bien de l'engagement de l'Organisation face à la gestion axée sur les résultats et attend de recevoir les recommandations des Services de supervision et d'évaluation internes sur la politique budgétaire régionale. Les délégués ont souligné que l'évaluation devait examiner la formule d'affectation des ressources au vu des nouveaux défis et des circonstances changeantes, indiquant que les ressources devaient être octroyées dans l'optique d'assurer un financement suffisant pour les objectifs stratégiques déterminés comme étant sous-financés et/ou à risques (voir paragraphes 45 à 59 ci-dessus).

87. Les délégués ont également insisté sur l'importance de vérifier que les affectations de crédit aux États membres étaient suffisantes pour leur permettre d'atteindre les cibles au niveau des indicateurs, indiqué dans le Plan stratégique, et de manière plus générale, de participer effectivement au travail de l'Organisation. Le Délégué du Canada a noté que son pays utilisait les crédits de l'Organisation essentiellement pour apporter une expertise et un soutien aux autres pays de la Région et que la diminution de 40% résultant de l'application de la politique budgétaire actuelle lui compliquait de plus en plus la tâche à cet égard. On a noté que le document sur ce point de l'ordre du jour indiquait que la composante sous-régionale du budget de programme était de 7% alors que l'évaluation en fin de période biennale du programme et budget 2008-2009 (document CE146/9, Rev.1) situait ce chiffre à 5% et on cherchait à connaître les raisons de cette différence.

88. M. O'Regan a indiqué que la politique du Budget programme régional convenait certes aux aspects programmatiques et stratégiques du budget mais qu'elle n'était pas en

elle-même d'une nature programmatique. Il s'agit davantage d'une méthode permettant de répartir les ressources du budget ordinaire entre les niveaux régional, sous-régional et national. La formule d'affectation certes très transparente ne permettait pourtant pas de faire des corrections ou changements discrétionnaires en réponse à de nouveaux défis ou à des circonstances changeantes. C'est précisément la raison pour laquelle l'IES recommandait de la rendre plus souple. Répondant à la question concernant la composante sous-régionale, il a expliqué que le chiffre de 7% donné dans le document CE146/11 concernait uniquement le budget ordinaire alors que le chiffre de 5% indiqué dans le document CE146/9, Rev. 1 se rapportait au budget total qui englobe le budget ordinaire, les contributions volontaires et toutes les autres sources de financement.

89. La Directrice a noté que le chiffre de 7% reflétait un accroissement dans la composante sous-régionale de l'exercice biennal actuel. La composante sous-régionale en 2008-2009 était de fait de l'ordre de 5%. Comme l'avait noté M. O'Regan, seule l'OPS comptait une politique budgétaire avec des critères transparents pour fixer les plafonds budgétaires et les affectations de crédit et l'Organisation avait également une formule unique dans son affectation sous-régionale. Un tel caractère unique ne va pas sans problèmes dont le principal étant qu'il n'existe pas de modèle à suivre pour s'inspirer de l'enseignement dégagé par l'expérience d'autres organisations, faisant qu'il est difficile de savoir comment s'y prendre pour améliorer la politique. Les conseils d'experts dans les États membres, surtout ceux d'états fédéraux qui ont de l'expérience en ce qui concerne la répartition de leur budget national entre divers niveaux du gouvernement se sont avérés fort utiles dans la formulation de la politique actuelle et serviront sans nul doute pour l'affiner et la rehausser.

90. Un aspect important dont il faut se rappeler dans l'évaluation et dans la formulation d'une nouvelle politique était celui du coût considérable que demandait le maintien de la présence de l'OPS dans le pays de pratiquement chaque État membre. De plus, certains coûts, par exemple les investissements faits dans la sécurité et la connectivité pour se conformer aux normes fixées par les Nations Unies n'entraient pas dans le contrôle direct de l'OPS, faisant que la budgétisation était difficile. Le Bureau cherchait chaque fois que possible à vérifier que de tels investissements bénéficieraient à long terme les pays et renforceraient leur capacité à communiquer et à collaborer entre eux. Conscient qu'il lui fallait continuer de réduire la composante régionale du budget ordinaire tout en augmentant le composant pays, le Bureau cherchait également à trouver les manières les plus stratégiques d'utiliser les ressources limitées de l'OPS et d'augmenter l'efficacité de son travail. Aussi, était-il en train de réévaluer continuellement le rôle des centres panaméricains (voir paragraphes 180 à 186 ci-après), qui recevaient une portion importante des ressources allouées au niveau régional. Il cherchait constamment à identifier de nouveaux partenaires de la coopération technique, tels les institutions nationales mentionnées dans le document CE146/12 (voir paragraphes 92 à 100 ci-après).

91. Le Comité a pris note du rapport.

Institutions nationales associées à l'OPS en matière de coopération technique (document CE146/12)

92. Le Président a attiré l'attention sur le document CE146/12 et a déclaré ouverte la discussion.

93. Le Comité exécutif a noté avec satisfaction la proposition d'une procédure standardisée pour formaliser les relations entre l'OPS et les institutions nationales en les désignant comme des institutions nationales associées à l'OPS dans le cadre de la coopération technique. A l'avis des délégués, la procédure était un excellent moyen d'utiliser l'expertise disponible au niveau national et de renforcer la capacité des institutions nationales concernées, renforçant ainsi la coopération technique de l'OPS avec les pays et les aidant à mieux répondre à leurs besoins et priorités de santé et à atteindre leurs buts en santé, notamment les Objectifs du Millénaire pour le développement qui sont reliés à ces priorités. Un délégué a demandé si d'autres bureaux régionaux de l'OMS avaient adopté une stratégie analogue pour identifier et désigner des institutions nationales qui viennent soutenir le travail de l'Organisation dans les pays.

94. Plusieurs délégués étaient d'avis que la définition de « institution nationale associée à l'OPS en matière de coopération technique » du paragraphe 34 du document CE146/12 ne pouvait pas s'appliquer à certaines des institutions mentionnées dans le paragraphe 25, car les institutions privées et les associations professionnelles et universitaires ainsi que les organisations de la société civile étaient des entités autonomes et bien que ces institutions travaillent efficacement en coordination avec des ministères de la santé, elles n'entraient pas dans leur contrôle. D'autres délégués n'étaient pas d'accord, soulignant que toutes les activités concernant la santé publique entraient dans le contrôle des pouvoirs nationaux de la santé, étant dans la plupart des cas le ministère de la santé. Plusieurs délégués ont également souligné que, conformément à la politique et à la procédure, les ministères de la santé devraient identifier les institutions nationales qui seront désignées comme institutions nationales associées à l'OPS en matière de coopération technique et que de telles institutions ne devaient pas être autorisées à se nommer elles-mêmes.

95. On a proposé d'intégrer le concept de suivi au titre et au contenu de la procédure proposée pour identifier et désigner les institutions nationales associées à l'OPS dans le cadre de la coopération technique puisque le suivi était une composante importante des plans de travail biennaux qui seront préparés par les bureaux de terrain de l'OPS/OMS avec les institutions concernées. On a souligné que les ministères de la santé devaient guider le suivi des activités des institutions nationales reconnues dans le cadre de la politique et de la procédure proposées. On a attiré l'attention sur l'importance de créer un

cadre en ligne des institutions nationales pour faciliter le partage d'expertise et pour soutenir la coopération technique entre pays. L'information sur les institutions faisant partie du réseau devra être mise à jour régulièrement.

96. Plusieurs délégués ont demandé que soient clarifiées les différences entre les Centres collaborateurs de l'OMS et les institutions nationales associées à l'OPS dans le cadre de la coopération technique. Ils ont notamment demandé que soit clarifié le champ d'action géographique de telles institutions nationales et de montrer comment les deux mécanismes de soutien technique étaient complémentaires et non répétitifs.

97. La Déléguée du Mexique a proposé un certain nombre de changements éditoriaux et adjonctions à la procédure présentée en Annexe A du document, puis de présenter au Bureau par écrit ces suggestions. Plusieurs autres délégués ont indiqué qu'ils soutenaient les changements proposés par la délégation mexicaine.

98. Le Dr Juan Manuel Sotelo (Gérant, Relations externes, mobilisation de ressources et partenariat, BSP) a remercié les délégués de leurs commentaires et suggestions qui aideront à enrichir la politique et la procédure proposées. Il a insisté sur le fait que la proposition visait à contribuer à la mobilisation des ressources, surtout des ressources techniques, au niveau des pays et de renforcer les capacités nationales. C'est aux ministères de la santé que reviendra le rôle principal d'identifier les organisations et les associations qui seront désignées comme institutions nationales associées à l'OPS en matière de coopération technique. Ils joueront également un rôle important dans le suivi du travail de telles institutions. Concernant le champ d'action des institutions qui peuvent être reconnues comme institutions nationales associées à l'OPS, il a indiqué que certaines s'engageaient dans des activités internationales mais que la plupart travaillaient uniquement au niveau national. Et de fait, c'était une des grandes différences entre de telles institutions et les centres collaborateurs de l'OMS qui intervenaient davantage sur la scène internationale et dont la procédure de désignation était bien complexe que celle proposée dans le document CE146/12 et dont il souhaitait souligner qu'elle était effectivement axée sur le niveau national.

99. La Directrice a affirmé que le processus d'identification des institutions nationales serait dirigé par les ministères de la santé. Répondant aux commentaires sur la définition donnée au paragraphe 34 du document, elle a indiqué que la référence à la direction qu'assureraient les ministères de la santé se rapportait essentiellement à leur rôle au niveau de la fixation de politiques et de priorités de santé sur le plan national et au leadership qu'ils exerceraient pour identifier d'éventuelles institutions comme institutions nationales en association avec l'OPS. Le document serait revu pour clarifier ce point. S'appuyant sur l'histoire des centres collaborateurs de l'OMS, elle a noté que la philosophie à la base de la désignation des deux types d'institutions était quelque peu différente. L'idée qui anime les centres collaborateurs de l'OMS consiste à tirer parti de

l'expertise des instituts de recherche existants, dont la vaste majorité sont situés dans des pays développés pour éviter de mettre en place des instituts de recherche internationaux sous les auspices de l'OMS. Par contre, le but de la proposition du Bureau était d'identifier et de renforcer la capacité d'institutions nationales dans les pays de la Région qui collaborent avec l'OPS dans le domaine de la santé publique. Suite à une telle désignation, ces mêmes institutions pourraient devenir par la suite des candidats à la désignation de centres collaborateurs de l'OMS bien que ce ne soit le but principal de la proposition. A sa connaissance, il n'existait aucune région de l'OMS qui s'était donnée une procédure analogue pour identifier des institutions nationales comme partenaires de la coopération technique bien que la tendance dans le monde entier soit à la collaboration entre de telles institutions et des ministères de la santé au niveau national et les autres régions pourraient donc bien suivre le mouvement des Amériques à cet effet.

100. Le Comité a adopté la résolution CE146/R17, recommandant que le 50^e Conseil directeur approuve une nouvelle catégorie de relations avec des institutions qui seront connues sous le nom d'Institutions nationales associées à l'Organisation panaméricaine de la Santé en matière de coopération technique (INACO). Suivant la discussion de la résolution, le Comité a décidé de remplacer par le sigle espagnol INACO l'abréviation anglaise NIAPTC aux fins de faciliter la prononciation.

Stratégie de réduction de l'abus de substances psychoactives (document CE146/13, Rev. 1)

101. Le Comité a noté avec satisfaction les efforts de l'OPS en vue de traiter le problème de la toxicomanie, sous l'angle de la santé publique. Par ailleurs, plusieurs délégués ont exprimé des réservations face à certains aspects de la stratégie proposée. On a proposé que la stratégie prenne une approche plus générale et plus intégrée et qu'au lieu de se concentrer sur la toxicomanie, elle traite du problème plus général de l'utilisation nocive des substances psychoactives, en fonction du modèle de la stratégie mondiale de l'OMS pour réduire l'utilisation nocive de l'alcool. Par conséquent, on a proposé de changer le titre de la stratégie et de l'appeler « Stratégie intégrale de lutte contre la dépendance et l'utilisation nocive de substances psychoactives ».

102. Plusieurs délégués pensaient que qu'une clarification conceptuelle était nécessaire pour cerner de manière plus précise la sphère d'action en santé publique et le rôle de l'OPS face à ce problème. Une déléguée, notant que dans la stratégie anti-drogue de la Commission interaméricaine pour le contrôle de l'abus de drogues (CICAD), la « réduction de la demande » signifiait prévenir l'utilisation initiale des drogues et traiter les conséquences négatives de la consommation de drogues, sur le plan social et de la santé, a noté que certaines des activités envisagées dans le cadre de la stratégie proposée de l'OPS n'entraient nullement dans la portée de la réduction de la demande, et que c'était bien ce dernier aspect conjugué au traitement qui représentait l'activité prioritaire

dont devait s'occuper l'OPS. Les exemples en étaient les suivants : identification d'autres options que la production et la distribution de drogues, recherche portant sur le contrôle de la fourniture, diversion des drogues, mesures de décriminalisation et sanctions criminelles et politiques de contrôle des drogues. Un autre délégué, notant que la proposition recommande également des actions dans le domaine de la réduction de la pauvreté et moyens de subsistance, a avancé que ces deux domaines eux non plus n'entraient pas dans la sphère d'action de l'OPS et ne relevaient pas de son expertise. Aussi, les délégués pensaient-ils que le langage du document devait être revu et le Paragraphe 20 a été cité comme un exemple.

103. On a proposé que la stratégie accorde une bien plus grande importance au traitement de l'abus de drogues sous l'angle de la santé publique. A ce propos, on a noté que la stratégie ne traitait pas de problèmes comme le manque d'accès au traitement indiqué pour les personnes qui sont dépendantes ainsi que la stigmatisation et l'exclusion sociale de telles personnes, pas plus qu'elle ne traitait des approches non médicales au traitement, par exemple les groupes de soutien mutuel. Il est important de se donner une approche intersectorielle pour traiter tant les déterminants sociaux que les conséquences sociales de l'abus de drogues. Les approches à base communautaire à la prévention, au traitement et à la récupération sont d'importance capitale. Un délégué a insisté sur le fait que l'abus de drogue devait être traité conjointement avec le problème de l'abus nocif d'alcool, sachant que l'alcool était la substance psychoactive la plus largement utilisée.

104. Le Comité a fait ressortir l'importance du caractère conforme et complémentaire entre la stratégie proposée de l'OPS et des initiatives connexes d'autres organisations dans les Nations Unies et les systèmes interaméricains, surtout la stratégie continentale sur les drogues, adoptée par la Commission interaméricaine pour le contrôle de l'abus de drogue (CICAD) en mai 2010. Il fallait notamment harmoniser le langage pour le Domaine stratégique 2, sur la prévention universelle, avec le langage analogue des documents publiés par la CICAD et la Commission des Nations Unies sur les stupéfiants. Les références à la « réduction des effets nocifs », si elles sont incluses, devraient être en accord avec les textes qui ont été acceptés à l'échelle internationale, y compris ceux de l'Assemblée mondiale de la Santé et du Conseil de coordination du Programme conjoint des Nations Unies pour la lutte contre le VIH/SIDA (ONUSIDA).

105. Au vu des réservations exprimées, le Comité ne pensait pas qu'il était en position d'avaliser la stratégie proposée et a donc décidé de créer un groupe de travail chargé d'entreprendre un examen plus rigoureux de la proposition et de faciliter un consensus sur une proposition revue qui serait présentée au 50^e Conseil directeur.

106. Le Dr Luiz A. Galvão (Gérant, Développement durable et santé environnementale, BSP) était content de noter qu'il semblait y avoir un consensus sur l'importance du problème et sur la nécessité de se donner une approche de santé publique

à ce propos. La Directrice ainsi que lui-même ont indiqué au Comité que le Bureau avait l'intention de coordonner étroitement son travail avec celui d'autres organisations des Nations Unies et des systèmes interaméricains et que la stratégie sur la réduction de l'abus de drogues était parfaitement alignée sur les stratégies mondiales et régionales traitant de l'utilisation nocive de l'alcool, sur la santé mentale et autres stratégies connexes.

107. Il a été convenu que le groupe de travail commencerait ses activités dès que possible, qu'il organiserait des consultations par voie électronique et présenterait ses recommandations sur la stratégie d'ici la mi-juillet pour qu'une version revue du document puisse être préparée d'ici le 23 juillet 2010.

Stratégie et Plan d'action pour la prévention, le contrôle et les soins contre la maladie de Chagas (document CE146/14, Rév. 1)

108. Le Président a attiré l'attention sur le document CE146/14, Rév. 1, et a déclaré ouverte la discussion.

109. Le Comité exécutif a pleinement appuyé la stratégie et le plan d'action et a félicité l'OPS qui a encadré solidement les activités régionales de prévention et de contrôle de la maladie de Chagas. Le Comité a noté avec plaisir les progrès dans la lutte contre cette maladie dans la Région tout en indiquant qu'il fallait continuer l'effort conjoint pour arriver au but de l'élimination de la maladie de Chagas en tant que problème de santé publique d'ici 2015. A été mise en avant l'importance à cette fin d'une vigilance continue dans les régions de non endémicité et d'endémicité antérieure. Les délégués ont noté que la maladie de Chagas, à l'exemple d'autres maladies tropicales négligées, était liée à la pauvreté et à la marginalisation, d'où toute l'importance de prêter attention aux déterminants sociaux et environnementaux qui contribuent à sa persistance. Les délégués ont également souligné la nécessité de redoubler les efforts de prévention de la transmission de *Trypanosoma cruzi* par le biais de modes autres que le mode par vecteur. Plusieurs délégués ont indiqué que la transmission par les aliments était un problème dans leur pays.

110. Divers délégués ont mentionné les activités de lutte contre la maladie de Chagas dans leur pays, soulignant l'importance de la participation communautaire, des approches de soins de santé primaires et de l'action intersectorielle et interinstitutionnelle. On a souligné l'importance de la recherche, surtout sur la résistance aux insecticides et sur les méthodes de diagnostic rapides et abordables ainsi que de la formation des ressources humaines. On a proposé de rajouter au plan d'action un troisième but concernant le renforcement de la formation des ressources humaines et de la mise au point des programmes de développement et des stratégies de communication. La formation et la promotion de la recherche ont été retenues comme des rôles importants pour l'OPS, au

même titre que le soutien et la coopération pour améliorer la disponibilité et l'accès aux médicaments utilisés pour traiter la maladie de Chagas. On a souligné qu'il fallait toutefois que l'OPS vérifie que sa coopération technique augmente et renforce les efforts et ne soit pas répétitive, faisant un double emploi des ressources.

111. S'agissant spécifiquement de la stratégie et du plan d'action, un délégué a proposé que la signification d'"élimination" soit clarifiée et a remarqué que l'élimination de la maladie de Chagas exigera non seulement l'interruption de la maladie mais aussi le diagnostic et le traitement de toutes les personnes infectées. Il a souligné qu'un financement durable était nécessaire pour arriver au but de l'élimination. Un autre délégué souhaitait que soit mis au clair le financement nécessaire pour mettre en œuvre la stratégie et le plan d'action, notant que l'estimation donnée en Annexe C du document (\$2,5 millions à \$6 millions) était trop vague.

112. Le Dr Rodolfo Rodríguez (Conseiller principal par intérim du projet Prévention et contrôle des maladies transmissibles, BSP), répondant aux commentaires du Comité, a indiqué que la stratégie et le plan d'action entraînent dans l'effort global de lutte contre toutes les maladies négligées, conformément à la résolution CE49.R19 (2009). La maladie de Chagas reste un grave problème de santé publique dans la Région (environ 41 000 cas et 12 000 décès continuent à être notifiés dans les Amériques chaque année). Aussi, avait-on jugé nécessaire de mettre au point une stratégie et un plan d'action spécifiques. La résolution proposée sur ce point de l'ordre du jour était l'occasion de sensibiliser davantage à la maladie et de mobiliser un soutien en vue de l'éliminer comme problème de santé publique. Le Bureau pensait qu'à l'aide de l'action concertée et du soutien des 21 pays où la maladie est endémique, ce but pourrait être atteint en l'espace de cinq ans. Concernant le niveau de financement nécessaire, les chiffres donnés en Annexe C étaient des estimations du montant nécessaire pour la coopération technique de l'OPS sur une période de cinq ans : 2010 à 2015.

113. Le Dr Rodríguez a noté avec satisfaction l'information donnée sur les efforts de contrôle de la maladie de Chagas. Cette information s'avérerait utile pour le travail tant du Bureau que d'autres pays. La fixation d'objectifs intermédiaires pour une phase de consolidation menant à l'élimination, comme ce fut le cas en Argentine, semblait une approche très logique. Il avait écouté attentivement les commentaires des délégués concernant le rôle de l'OPS et avait assuré le Comité que l'Organisation soutiendrait les pays sur le plan du renforcement de leurs capacités de diagnostic, de la formation du personnel et de l'accès à temps aux médicaments pour le traitement de la maladie de Chagas.

114. La Directrice a fait savoir que l'un des principaux buts de la stratégie et du plan d'action était de faire grimper la maladie de Chagas aux premiers rangs prioritaires de l'ordre du jour politique des pays de la Région. La maladie avait pris son origine dans les

Amériques et la Région avait donc la responsabilité de la contrôler et de l'éliminer pour enrayer sa propagation à d'autres régions. Une réunion récente sur les maladies négligées avait montré qu'il fallait se donner des approches novatrices et augmenter le financement et les incitations pour la recherche-développement concernant la maladie de Chagas. De nouveaux outils de diagnostic et de traitement étaient nécessaires car, en dépit d'années de travail, on n'arrivait toujours pas à éliminer la maladie avec les outils disponibles actuellement. Aussi, l'Organisation préparait-elle une remise de prix pour un travail novateur cherchant à promouvoir ainsi le développement de nouveaux outils et de nouvelles technologies concernant tout particulièrement le contrôle de la maladie de Chagas. De plus, l'Organisation avait organisé des réunions avec des partenaires pour se mettre d'accord sur le profil des outils de diagnostic et de traitement nécessaires et, à présent, ce profil était prêt à être présenté aux éventuels participants des activités de recherche-développement.

115. Le Comité exécutif avait adopté la résolution CE146.R4, recommandant que le 50e Conseil directeur avalise la Stratégie et le Plan d'action sur la prévention, le contrôle et les soins liés à la maladie de Chagas.

Stratégie et Plan d'action pour l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH et de la syphilis congénitale (document CE146/15)

116. Le Président a attiré l'attention sur le document CE146/15 et a déclaré ouverte la discussion.

117. Le Comité a noté sa satisfaction face à la stratégie et au plan d'action proposés et a félicité l'OPS pour sa direction des activités visant à éliminer la transmission mère à enfant du VIH et de la syphilis congénitale. Les membres du comité ont avalisé le but de l'élimination en espérant que l'adoption de la résolution proposée sur ce point de l'ordre du jour aiderait à mobiliser l'action et le soutien pour sa réalisation d'ici 2015, ce qui contribuerait également à la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le développement 4 (réduire la mortalité infantile), 5 (améliorer la santé maternelle) et 6 (combattre le VIH/SIDA, le paludisme et d'autres maladies). On a remarqué que s'il était difficile de prévenir d'autres modes de transmission du VIH et de la syphilis, car cela demandait un changement de comportement, on pouvait par contre prévenir aisément la transmission mère à enfant à l'aide des méthodes et des outils existants. Les professionnels de la santé publique avaient donc l'obligation de s'engager à éliminer cette transmission afin qu'aucun enfant ne naisse dans la Région atteint de l'infection par le VIH ou par la syphilis. Plusieurs délégués ont décrit les efforts déployés par leur pays pour combattre la transmission mère à enfant du VIH et de la syphilis congénitale et plusieurs ont également remarqué que leurs activités étaient conformes aux axes proposés dans la stratégie et dans le plan d'action.

118. Le Délégué du Suriname a noté que les médecins chefs des Caraïbes s'étaient réunis récemment pour discuter du thème de la prévention du VIH et de la syphilis congénitale et qu'ils avaient cerné plusieurs domaines devant être renforcés afin d'atteindre le but de l'élimination, notamment les algorithmes de test et de traitement, la validation des tests rapides, l'identification d'un laboratoire de référence régional, le renforcement des systèmes de suivi et d'évaluation, le renforcement de la réglementation pour assurer la notification et le traitement, indiqué et humain, des personnes infectées, l'engagement communautaire et les stratégies conviviales aux niveaux des soins primaires et secondaires ainsi que l'encadrement des activités d'élimination, dans le pays, par les médecins chefs.

119. La plupart des délégués qui se sont exprimés sur ce point de l'ordre du jour étaient en faveur d'une approche intégrée bien qu'une déléguée se soit demandée s'il était judicieux d'intégrer les consultations prénatales et les services de santé sexuelle et reproductive ainsi que les programmes de prévention et de contrôle des infections sexuellement transmissibles (IST) dans des pays où le VIH et la syphilis n'étaient pas généralisées mais plutôt concentrées dans une région géographique ou dans des groupes de population donnés. A son avis, une meilleure approche consisterait à vérifier que toutes les femmes enceintes passent le test de dépistage de la syphilis et à leur offrir la possibilité d'un test de dépistage volontaire du VIH. C'est aux programmes de soins prénatals que revient essentiellement la responsabilité de la prévention de l'infection à VIH et de la syphilis congénitale bien que de tels programmes coordonnent leurs efforts avec d'autres programmes et services de santé. Aussi, a-t-elle proposé que le terme « intégration » soit remplacé par « coordination » dans la stratégie et le plan d'action ainsi que dans la résolution proposée sur ce point de l'ordre du jour.

120. La Déléguée du Brésil a indiqué une erreur dans les données présentées dans le document CE146/15 concernant les niveaux de la séropositivité de la syphilis dans son pays et plusieurs délégués ont fait des suggestions d'amélioration dans les lignes d'action et les indicateurs du suivi proposés. Une déléguée a proposé de changer le terme « transmission mère à enfant » par « transmission verticale » dans le titre de la stratégie et du plan d'action mais d'autres ont noté que les deux termes signifiaient la même chose et le Comité a décidé finalement de garder le terme « transmission mère à enfant. »

121. Le Dr Gina Tambini (Gérant, Santé familiale et communautaire, BSP) a observé que les commentaires du Comité témoignaient bien du solide engagement de mettre fin à ce fléau de la transmission mère à enfant du VIH et de la syphilis congénitale, faisant partie du programme inachevé des problèmes de santé qui pouvaient être évités à l'aide des outils et des interventions disponibles actuellement. Elle a remercié le Comité pour ses suggestions concernant le document et la résolution proposée qui aideraient à renforcer les deux.

122. Le Dr Kathleen Israel, Coordinatrice par intérim du projet de Prévention, traitement et soins du VIH/sida, BSP) a expliqué que le Bureau avait choisi délibérément de se rapporter à « l'intégration » dans la stratégie et le plan d'action plutôt qu'à la « coordination » car on pensait que c'était par le biais de l'intégration que les programmes pourraient être maintenus dans des contextes de ressources financières et humaines limitées. Le Bureau examinera pourtant le bien-fondé des deux concepts.

123. La Directrice a précisé qu'on proposait d'intégrer les activités de la prévention et du contrôle du VIH/SIDA/IST aux consultations prénatales, aux services de santé sexuelle et reproductive et autres services connexes et qu'on ne visait pas forcément l'intégration des services de santé en général, entreprise qui serait bien plus complexe. Le Bureau expliquerait clairement ce qu'il entendait par « intégration » dans le document et dans la résolution proposée.

124. L'explication susmentionnée a été ensuite intégrée dans la résolution proposée, qui a été adoptée par le Comité comme la résolution CE146.R15, dans le cadre de laquelle le Comité a recommandé que le 50^e Conseil directeur avalise la stratégie et le plan d'action.

Développement des compétences du personnel de santé dans les systèmes de santé fondés sur les soins de santé primaires (document CE146/16)

125. Le Président a attiré l'attention sur le document CE146/16 et a déclaré ouverte la discussion.

126. Le Comité a fait l'éloge de la stratégie décrite dans le document, observant que le renouveau des soins de santé primaires demandait forcément qu'on attache un nouvel intérêt à l'adaptation et à l'expansion des compétences du personnel des soins de santé. On pensait que la stratégie aiderait effectivement les pays à aligner la formation de leurs professionnels de la santé sur les besoins en santé de la population. On a également jugé fort utile l'importance accordée à l'emploi de nouvelles méthodes et technologies pédagogiques. Plusieurs délégués ont indiqué que le personnel de santé à tous les niveaux devait suivre une formation portant sur la prise en charge des maladies non transmissibles car les études et l'expérience indiquent que les agents de santé au niveau des soins de santé primaires n'étaient pas entièrement compétent actuellement pour dispenser les soins nécessaires.

127. Plusieurs délégués ont décrit les efforts déployés par leur pays pour renforcer les compétences de leurs agents de santé. Bien des initiatives sont prises notamment sous forme d'accord entre les ministères de la santé et les universités, situées parfois dans d'autres pays pour soutenir les compétences en santé publique. Par ailleurs, on a également remarqué qu'une telle approche revenait chère et les délégations ont donc

applaudi la place importante qu'accorde la stratégie à la création de réseaux d'apprentissage en ligne sur l'ensemble de la Région, ce qui permettait aux pays de partager des cours et programmes en ligne peu chers ou gratuits bien qu'on ait noté par ailleurs que les langues puissent devenir une barrière à l'utilisation de tels réseaux. Un délégué se rapportant au paragraphe 20 du document CE146/16, a demandé qu'on précise la manière dont les « cadres de compétences » et les « réseaux d'apprentissage » étaient définis par l'OPS et a demandé plus d'information sur l'idée des systèmes d'incitations. Il avait également quelques objections à faire sur la référence dans le paragraphe 20 aux « biens publics mondiaux » et au partage des ressources éducatives ouvertes et a insisté sur le fait qu'il fallait respecter les droits d'auteur et autres aspects de la protection de la propriété intellectuelle. Il a suggéré que la référence aux biens publics soit supprimée du paragraphe 1 de la résolution proposée.

128. Certains délégués ont indiqué que leurs pays utilisaient déjà une approche d'éducation permanente et quelques uns étaient en train de mettre en place leurs propres campus virtuels, analogues à celui décrit dans la stratégie bien qu'ils soient de portée plus modeste. Un délégué, notant que son pays n'avait pas les ressources nécessaires pour démarrer un campus virtuel, a fait savoir qu'à la place de ce campus, il formait des professionnels de soins de santé dans un endroit central et qu'il les envoyait ensuite dans des régions reculées où en plus de leurs obligations médicales, ils formeront également du personnel supplémentaire. On a proposé que l'OPS étudie davantage les diverses manières dont on pouvait renforcer les activités de développement des capacités dans les États membres dans les domaines de l'apprentissage électronique et autres techniques de formation à distance. Un délégué notant que la stratégie se basait sur l'utilisation des méthodes d'*e-learning* visant toutes les entités du système de santé, a remarqué qu'il serait difficile d'appliquer une telle approche dans les pays avec des systèmes fédéraux car les programmes des facultés de médecine, des écoles d'infirmières et des écoles de santé publique, ainsi que leurs conditions et normes, étaient déterminés par les pouvoirs locaux.

129. On a également suggéré que la stratégie proposée insiste sur l'importance d'inclure des méthodes d'éducation et de formation basées sur des données probantes, surtout dans le cas de méthodes utilisant de nouvelles technologies d'information et de communication. Lorsque de nouvelles technologies sont introduites, des évaluations devront être faites pour déterminer leur efficacité. De plus, la stratégie doit reconnaître que des méthodes de formation différentes s'avéreront peut-être nécessaires pour l'acquisition de compétences différentes. On a remarqué qu'en fonction des normes nationales, certains agents de santé devaient effectuer des tâches qui pouvaient être réalisées par d'autres agents moins qualifiés et on a proposé que les stratégies de développement des compétences des agents de santé vérifient également que les niveaux de compétences soient bien alignés sur la complexité des tâches qui doivent être effectuées. On a également suggéré que les différentes distributions de certaines

catégories d'agents de soins de santé et le développement de nouvelles catégories deviennent peut-être des buts stratégiques.

130. Certains délégués ont noté que le document de politique ne mentionnait pas le besoin de renforcer les sensibilités culturelles et sociales parmi le personnel des soins de santé primaires, travaillant par exemple avec les communautés autochtones.

131. Le Dr Charles Godue (Conseiller principal, Ressources humaines pour le développement de la santé, BSP) a expliqué que la stratégie proposée s'inscrivait dans le cadre du renforcement des systèmes de santé, surtout par le biais du renouveau des soins de santé primaires en vue de créer un accès généralisé à des services de santé de qualité. La stratégie visait également à contribuer à l'amélioration nécessaire dans la planification des ressources humaines, comptant trois grands objectifs : permettre aux autorités de la santé de fonder leur planification des ressources humaines sur les besoins effectifs tel que dégagés par les profils épidémiologiques, améliorer la productivité des ressources humaines et promouvoir le développement de ressources éducatives ouvertes qui peuvent être échangés entre les pays, permettant ainsi de faire des économies d'échelle et d'étendre la couverture des programmes de formation. Cette stratégie avait surtout pour avantage de permettre aux agents de soins de santé d'apprendre et d'améliorer leurs compétences sans qu'ils aient à quitter les endroits où ils vivent et où ils travaillent.

132. Concernant les commentaires sur les barrières linguistiques, il a noté que si la plupart des matériels étaient déjà disponibles en espagnol, on prévoyait également de mettre en place un campus virtuel en anglais. La première étape serait de trouver les institutions dans les divers pays qui feraient les meilleures contributions à la masse critique de matériel pédagogique. En réponse à la préoccupation concernant l'utilisation de sources ouvertes, il a expliqué que le campus virtuel utilisait des plates-formes ouvertes. Le but est de relier les plates-formes propres à un constructeur/propriétaire et les plates-formes ouvertes pour leur permettre de fonctionner comme un système dans le cadre duquel les pays peuvent partager leurs expériences. La protection de la propriété intellectuelle était conférée par la licence « Creative Commons » qui permettait à des ressources partagées d'être réutilisées et modifiées tant que sont mentionnés les auteurs et que le matériel n'était pas utilisé dans un but lucratif. Ainsi, les pays avec des ressources limitées auraient accès au matériel et aux connaissances développés dans des pays plus prospères.

133. Quant à la question des incitations, il a fait savoir qu'on cherchait à encourager les agents à renforcer leurs compétences en leur permettant de s'absenter des lieux du travail pour participer à des initiatives éducatives et en leur accordant des unités de valeurs en éducation continue s'ils le faisaient. L'idée fondamentale consiste à encourager une éducation permanente et de créer des liens entre les secteurs

universitaires et les services de santé en quête de solutions communes aux problèmes que rencontre le secteur des services de santé.

134. Le Comité a adopté la résolution CE146/R.8, recommandant que le 50^e Conseil directeur adopte la Stratégie pour le Développement des compétences du personnel de santé dans les systèmes de santé fondés sur les soins de santé primaires.

Santé, sécurité humaine et bien-être (document CE146/17)

135. Le Comité était heureux d'avoir l'occasion de discuter du sujet de la santé, de la sécurité humaine et du bien-être bien qu'il ait des questions et des objections concernant certaines des idées et des propositions avancées dans le document conceptuel et dans la résolution proposée sur ce point de l'ordre du jour. Les membres ont convenu de l'importance et de l'actualité de la question de la sécurité humaine mais, à leur avis, il fallait chercher à élucider davantage le concept et sa relation à la santé et mettre au clair le rôle de l'OPS à cet égard. Une déléguée pensait qu'il était inapproprié de se rapporter à la « relation entre la santé et la sécurité humaine, » comme dans le paragraphe 13 et ailleurs dans le document, vu que la santé faisait partie intégrale de la sécurité humaine. Aussi, l'Organisation devait-elle s'attacher à retenir les conditions ou facteurs de santé qui contribuent à la sécurité humaine. Une autre déléguée a mis en garde contre la tentation d'élargir le concept de la santé et de la sécurité humaine à un point où il deviendra difficile de le traduire dans des orientations concrètes de politiques et autres applications pratiques.

136. Plusieurs délégués ont noté que certaines des questions et des actions mentionnées dans le document débordaient la sphère de l'action en santé publique et ont fait remarquer qu'un grand nombre des questions de santé publique dont traitait le document avaient déjà été pris en compte par le Plan stratégique 2008-2012 ainsi que par des résolutions, des stratégies et des plans d'action adoptés par les Organes directeurs ces dernières années, tels le changement climatique, la violence, l'égalité entre les genres, la santé mentale, les maladies négligées, la nutrition, la vaccination, les préparatifs aux catastrophes, le VIH/SIDA et le Règlement sanitaire international. Aussi, la mise au point d'une stratégie de politique et d'un plan d'action, proposés dans la résolution, pourrait faire double emploi et répéter des efforts déjà faits. On a donc proposé à la place d'intégrer le concept de la sécurité humaine dans les divers domaines du travail de l'Organisation, en notant qu'une telle approche maintiendrait la nature multidimensionnelle et multisectorielle de la question. Par ailleurs, certains délégués pensaient qu'il serait de fait indiqué de mettre au point une politique sur la santé et la sécurité humaine afin de faciliter une meilleure compréhension du concept et son intégration aux cadres, résolutions, stratégies et plans d'action existants.

137. Une déléguée a indiqué que tout changement résultant de l'adoption de la résolution proposée devait être appliqué à un future budget et plan stratégique afin d'éviter le besoin d'amender le budget actuel et le Plan stratégique 2008-2012 ainsi que le besoin d'aligner tout changement sur le budget-programme et le Programme global de travail de l'OMS.

138. La Déléguée du Mexique, se rapportant au paragraphe 21, a demandé qu'un rappel des faits soit également donné dans le document afin de mieux comprendre la situation à Ciudad Juárez.

139. Le Dr Luiz A. Galvão (Gérant, Développement durable et santé environnementale, BSP) a remercié les délégués de leurs commentaires et suggestions et a fait savoir que le Bureau, en consultation avec les États membres, chercherait à expliciter plus clairement le concept de la sécurité humaine et ses relations avec le travail de l'OPS. A cet égard, il pensait d'ailleurs qu'il était important de distinguer entre la sécurité sanitaire et la sécurité humaine, qui relevait d'un concept plus étendu. Il a assuré le Comité que le Bureau n'avait nullement l'intention de mettre sur pied un nouveau programme sur la sécurité humaine mais qu'il souhaitait simplement renforcer les programmes et initiatives existants qui traitent des questions se rapportant à la sécurité humaine.

140. La Directrice a indiqué que l'objectif primaire du Bureau était d'obtenir des directives de politiques de la part des Organes directeurs sur l'approche que devait emprunter l'Organisation face à la questions de la sécurité humaine qui, comme l'a fait remarquer le Comité, avait été discutée par les Organes directeurs dans le contexte de diverses résolutions mais qui n'avait pas été le thème d'une analyse approfondie qui lui était propre. Elle a confirmé par ailleurs que le Bureau n'avait pas l'intention de développer une nouvelle structure ou un nouveau programme mais qu'il cherchait à intégrer la sécurité comme orientation transversale dans les programmes existants.

141. La résolution proposée sur ce point de l'ordre du jour a été amendée au vu des commentaires et des recommandations du Comité et adoptée en tant que résolution CE146.R18 aux termes de laquelle le Comité a recommandé que le 50^e Conseil directeur adopte une résolution demandant à la Directrice d'étudier la possibilité de formuler des directives de politiques et des outils méthodologiques pour intégrer l'approche à la sécurité humaine et ses relations à la santé aux programmes et aux activités de l'Organisation.

Stratégie et Plan d'action pour la réduction de la malnutrition chronique (document CE146/18)

142. Le Président a attiré l'attention sur le document CE146/18 et a déclaré ouverte la discussion.

143. Le Comité a applaudi à l'action menée par l'OPS en vue de réduire la malnutrition chronique et a soutenu l'approche multisectorielle factuelle dont fait état le document. On pensait que la stratégie traiterait aussi bien des déterminants que des effets de la malnutrition chronique et aiderait à éliminer un problème de santé qui persistait de manière préoccupante dans certaines parties de la Région. Par ailleurs, le Comité a proposé un certain nombre d'améliorations à la stratégie et au plan d'action. Il a notamment proposé de revoir le concept voulant que la malnutrition chronique soit synonyme du rabougrissement car ce dernier pourrait être le résultat d'une infection ou d'autre problème de santé souffert pendant la période périnatale ou pendant la petite enfance. De plus, on a proposé de spécifier la norme de référence qui est utilisée pour définir la petite taille pour âge.

144. Un certain nombre de suggestions ont également été faites concernant les buts, les objectifs et les indicateurs dans le plan d'action qui, à l'avis de certains délégués, devaient être revus pour qu'on puisse évaluer l'impact de la coopération technique et des interventions dans les pays pour réduire la malnutrition chronique. Une déléguée, notant que l'obésité chez les enfants prenait des proportions alarmantes, a suggéré que la stratégie et le plan d'action devaient traiter aussi bien de la surnutrition que de la sous-nutrition et que la résolution proposée sur ce point de l'ordre du jour devait être modifiée en conséquence. Un autre a suggéré que le Bureau repense à l'utilisation de la pauvreté extrême comme seul critère pour définir « les municipalités vulnérables » et qu'il fallait également tenir compte de la prévalence du rabougrissement. Le même délégué se demandait si les estimations financières en Annexe A du document étaient suffisantes pour atteindre les buts et objectifs dans le plan d'action. Une troisième déléguée a proposé que, dans l'Objectif 1 du plan d'action, il faut se rappeler que certains pays avaient déjà des politiques, des plans et des programmes de nutrition, de santé et de développement et qu'une référence devait donc être faite du renforcement des initiatives existantes. Dans le cadre de l'Objectif 2, elle a proposé de rajouter certaines activités visant à pallier aux faiblesses dans les systèmes de surveillance et, dans le cadre de l'Objectif 6, une référence devait être ajoutée à la création de partenariats stratégiques avec d'autres initiatives régionales existantes.

145. On a mis en relief l'importance du suivi et de l'évaluation des progrès faits dans le cadre du plan d'action et des initiatives et programmes nationaux et on a proposé que les processus d'évaluation engagent plusieurs institutions pour en assurer le caractère objectif et indépendant. On a encouragé le Bureau à mettre sur pied une équipe technique

interne pour soutenir les pays à réaliser leurs processus de planification, de mise en œuvre, de suivi et d'évaluation. Plusieurs délégués ont parlé des programmes et expériences de leurs pays visant à améliorer la nutrition et ont proposé de partager leur expertise avec le Bureau et d'autres pays de la Région.

146. Le Dr Gina Tambini (Manager de domaine, santé familiale et communautaire, BSP) a indiqué que la malnutrition chronique faisait partie, à l'instar d'autres questions et problèmes discuté par le Comité, du programme inachevé de santé publique. Elle a pris note avec grand soin des commentaires et suggestions du Comité et les a intégrés dans la version revue de la stratégie et du plan d'action qui seront présentés au 50^e Conseil directeur. Elle a noté que le document retenait bien la prévention et la réduction du poids excessif et de l'obésité comme l'un des buts de la stratégie mais a aussi précisé que cet aspect de la malnutrition serait encore mis davantage en relief dans la version révisée du document et dans la résolution proposée.

147. Répondant à la suggestion concernant la mise sur pied d'un groupe interne venant soutenir la planification, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation, elle a indiqué que l'équipe interorganisationnelle pour le suivi et le développement à laquelle elle avait fait allusion auparavant (voir paragraphe 53 ci-dessus) soutenait les pays au niveau de l'application d'une approche intégrée tout au long de la vie traitant des déterminants sociaux de la malnutrition. L'Alliance panaméricaine pour la nutrition et le développement pour la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le développement apportait également un soutien aux pays à l'appui de cet effort. Le renforcement des systèmes d'information et de surveillance ainsi que du suivi et de l'évaluation s'inscrivait dans ses tâches. Concernant le budget pour la mise en œuvre du plan d'action, elle a précisé que le chiffre de \$4,6 millions mentionné en Annexe A du document concernait uniquement le travail du Bureau et en plus, seulement dans les étapes initiales. Le Bureau avait l'intention de faire une utilisation maximale des ressources existantes au niveau du pays et la collaboration entre l'OPS et les partenaires dans le cadre de l'Alliance panaméricaine et d'initiatives inter organisations de nature analogue aiderait également à vérifier que le travail envisagé serait accompli avec le niveau de financement proposé.

148. Concernant le rabougrissement, elle a expliqué que la petite taille pour âge était jugé le marqueur par excellence de la malnutrition car il indiquait l'influence de nombreux facteurs sur l'état nutritionnel, dont la nutrition maternelle et le niveau d'éducation, les soins prénatals, le régime alimentaire et les pratiques parentales.

149. Le Dr Chessa Lutter (Conseiller régional pour l'alimentation et la nutrition, BSP) a indiqué que la norme de référence de la taille pour âge était la norme publiée par l'OMS en 2006. Cette information serait ajoutée au document.

150. La Directrice a assuré le Comité que l'Organisation intervenait pour prévenir et diminuer aussi bien la sous-nutrition que la nutrition excessive. Elle se rappelle que, lors de la discussion par les Organes directeurs du problème du poids excessif et de l'obésité dans le contexte des maladies chroniques, on avait insisté sur l'importance de ne pas négliger le problème de la malnutrition chronique qui restait un grave problème parmi les pauvres des zones rurales dans la Région, surtout parmi les groupes autochtones. De fait, la malnutrition chronique était le problème le plus honteux du programme inachevé de santé dans les Amériques. La Région, exportateur numéro un des aliments dans le monde, n'arrive pourtant pas à mettre fin aux problèmes de la faim et de la malnutrition chronique. Et pourtant, il était tellement urgent de le faire car la malnutrition avait des conséquences qui allaient bien plus loin que les effets néfastes sur la santé des personnes concernées. C'était un problème qui se transmettait de génération en génération : des mères sous-alimentées donnaient naissance à des enfants souffrant de malnutrition, ce qui diminuait leur capacité à apprendre et à trouver un emploi producteur et, partant, diminuait à son tour leur capacité à mobiliser des revenus, entraînant une pléthore de répercussions sociales et freinant la capacité de développement d'un pays.

151. Si on n'avait pas réussi à surmonter le problème, c'était en partie en raison de la fragmentation des efforts de nombreuses organisations intervenant dans le combat contre la malnutrition. Rien qu'en raison de leur seul nombre, les programmes et projets mis en œuvre au fil des ans n'avait eu qu'un effet limité. C'est la raison pour laquelle l'Organisation cherchait, par le truchement de l'Alliance panaméricaine pour la nutrition et le développement, d'articuler une stratégie commune et de coordonner les ressources financières, techniques et humaines nécessaires pour aider les pays à se donner des politiques et des mécanismes qui auraient un réel impact.

152. L'enseignement retenu de l'expérience met en avant plusieurs éléments indispensables à la réussite. Au premier desquels se situe la volonté politiques dans les hautes sphères gouvernementales, de la part de tous les secteurs et de toutes les parties concernées, pour mettre fin à la malnutrition chronique. Les instruments de protection sociale, tels que les transferts monétaires conditionnels et l'aide alimentaire aux familles à faibles revenus, pourraient être des mesures intérimaires utiles mais davantage importantes étaient les initiatives locales de développement visant à donner les moyens aux familles et aux communautés de s'aider elles-mêmes pour qu'elles puissent arriver à l'autosuffisance alimentaire.

153. Plusieurs amendements, y compris des références au problème du poids excessif et de l'obésité, ont été introduits à la résolution proposée sur ce point de l'ordre du jour. Le Comité exécutif a adopté la résolution CE146.R12, recommandant au 50^e Conseil directeur d'avaliser la stratégie et d'approuver le plan d'action.

Renforcement des programmes de vaccination (document CE146/19, Rév. 1)

154. Le Président a attiré l'attention sur le document CE146/19, Rév. 1, et a déclaré ouverte la discussion.

155. Le Comité a affirmé l'importance et l'efficacité de la vaccination comme outil essentiel de santé publique, appuyant pleinement le Programme élargi de vaccination et le Fonds renouvelable de l'OPS pour l'achat de vaccins, qui ont aidé à conférer un accès équitable aux vaccins à un coût abordable. Le Comité soutient également les efforts faits par l'OPS pour renforcer les programmes nationaux de vaccination en vue d'arriver à des niveaux de couverture vaccinale de 95% ou plus et de maintenir les gains déjà acquis dans le contrôle des maladies évitables par vaccin tout en continuant d'avancer pour arriver à de nouvelles réussites. A également été mis en avant le besoin de renforcer la surveillance des effets indésirables liés à la vaccination ou à l'immunisation (EVASI) pour apaiser les craintes du public à propos des vaccins et maintenir sa confiance dans les programmes de vaccination.

156. Une déléguée a demandé si le vaccin contre le papillomavirus humain était disponible actuellement par le biais du Fonds renouvelable. Un autre a incité l'OPS à soutenir les pays éligibles pour qu'ils puissent recevoir les avantages disponibles par le biais de l'Alliance GAVI. La Déléguée du Mexique a indiqué que la capacité accrue de production de vaccins dans son pays lui permettra d'arriver à l'autosuffisance en vaccins d'ici 2012 et espère que cet accomplissement aidera à atteindre les buts régionaux d'immunisation. Le Délégué de l'Argentine a indiqué que son pays cherchait également à renforcer sa capacité de production de vaccins.

157. Un délégué souhaitait qu'on supprime la référence à la vaccination en tant que bien public dans la résolution proposée sur ce point de l'ordre du jour, car il n'existait pas de définition acceptée internationalement du terme « bien public ». D'autres citant les réussites spectaculaires de la Région sur le plan de l'éradication, de l'élimination et du contrôle des maladies évitables par vaccin partageaient du principe que l'immunisation qualifiait sans question aucune de bien public. En fin de compte, le Comité a convenu de maintenir la référence à la vaccination comme un bien public mais l'a qualifié en changeant les termes du troisième paragraphe en préambule dont le texte est à présent le suivant : « Reconnaissant que certains États membres ont déterminé que l'immunisation était un bien public.... »).

158. Le Dr Gina Tambini (Gérante, Santé familiale et communautaire, BSP) se faisant l'écho des propos du Comité a répété que la vaccination avait permis d'éradiquer et d'éliminer un certain nombre de maladies, aboutissant ainsi à un net recul de la mortalité infantile. C'est la raison pour laquelle qu'elle est vue comme un bien public. C'est aux

États membres que l'on doit la réussite de la Région dans le contrôle des maladies évitables par vaccin. En effet, l'engagement pris par les gouvernements de la Région d'arriver à une couverture vaccinale élevée et la traduction de cet engagement en investissement dans les programmes nationaux de vaccination a fait des Amériques un modèle pour le monde entier. Vital s'était avéré à cet égard le soutien de nombreux partenaires multilatéraux et bilatéraux.

159. L'Organisation travaille en étroite collaboration avec l'Alliance GAVI depuis sa création et continuera à le faire. Et, à la grande joie des pays de l'Amérique latine et des Caraïbes, ils avaient à présent un défenseur – en la personne du Dr Guillermo González, ancien Ministre de la Santé du Nicaragua- auprès du Conseil de l'Alliance GAVI. L'OPS se tenait prête à soutenir le Dr González dans toutes les façons qu'elle pourrait.

160. La Directrice a noté que les États membres auraient l'occasion en septembre de célébrer les accomplissements de la Région sur le plan de l'immunisation lors de la célébration du 30^e anniversaire de l'éradication de la variole et de la mise sur pied du Fonds renouvelable (voir paragraphes 285 à 287 ci-après). Elle reconnaît l'énorme part que détiennent les moult partenaires dans ces accomplissements, notamment les Gouvernements de l'Espagne, des Etats-Unis d'Amérique et d'autres, March of Dimes et la Fondation Bill & Melinda Gates, les partenaires de l'Initiative ProVac, les membres du Conseil consultatif technique régional sur les maladies évitables par vaccins et les producteurs de vaccins. Elle met en relief le rôle clé de l'Organisation, des États membres pris individuellement et des producteurs travaillant de concert pour que le public garde sa confiance aux programmes de vaccination et reconnaisse la sécurité et l'innocuité des vaccins.

161. Le Comité a adopté la résolution CE146.R7, recommandant au 50^e Conseil directeur d'adopter une résolution avalisant les programmes nationaux d'immunisation en tant que bien public et appuyant la Stratégie régionale de l'immunisation ainsi que sa vision et ses objectifs.

Plan d'action sur la sécurité des hôpitaux (document CE146/20)

162. Le Président a attiré l'attention sur le document CE146/20 et a déclaré ouverte la discussion.

163. Le Comité exécutif a pleinement appuyé le plan d'action et a félicité l'OPS pour son travail de renforcement des capacités de résistance aux catastrophes dans les hôpitaux de la Région. Plusieurs délégués ont décrit le travail en cours dans leur pays qui vient renforcer la sécurité des hôpitaux et autres formations sanitaires, notamment la formation et la sensibilisation sur la nécessité de se donner des hôpitaux sûrs, la création de réseaux pour évaluer la sécurité des hôpitaux nationaux et les stratégies en vue d'accroître

l'utilisation de l'Indice de sécurité des hôpitaux. D'autres ont décrit divers exercices d'évaluation des hôpitaux sur la base de l'Indice de sécurité, plusieurs notant que cela avait conféré la crédibilité nécessaire pour convaincre les politiciens et les responsables financiers que les changements et les améliorations étaient nécessaires. On a également fait savoir que, dans certains pays ayant l'intention de construire des hôpitaux dans les années à venir, l'Indice serait appliqué pour garantir la sécurité des conceptions et des constructions. On a noté que, même dans les pays qui n'étaient pas vulnérables aux ouragans ou aux tremblements de terre, les effets du changement climatique représentaient quand même une menace à l'intégrité des constructions hospitalières.

164. Les délégués ont insisté sur le caractère nécessaire de la coopération technique pour que les pays de la Région puissent mettre en œuvre le plan d'action et partager leurs expériences et meilleures pratiques et ils ont avancé que la formation serait un élément clé d'une telle assistance. Le Délégué des Etats-Unis a suggéré que l'OPS fasse appel à l'assistance d'experts techniques et encourage le partage d'information et la formation sur la construction d'hôpitaux sûrs, faisant savoir que son pays serait heureux d'apporter un soutien technique à cet égard. Le Délégué d'Haïti, approuvant le plan d'action, a noté que les hôpitaux de son pays avaient généralement été construits dans l'optique de prévenir les dégâts causés par les ouragans, mais non pas ceux des tremblements de terre qui n'avaient jamais été un problème d'envergure avant janvier 2010 : le dernier tremblement de terre qui avait provoqué des dégâts à Port-au-Prince remontant à 200 ans. Il a demandé que des études plus approfondies soient faites sur la manière de construire des hôpitaux capables de résister aussi bien aux ouragans qu'aux tremblements de terre.

165. Le Dr Jean-Luc Poncelet (Gérant, Préparatifs aux cas d'urgence et secours en cas de catastrophe, BSP) a remercié le Comité pour son soutien à l'initiative des hôpitaux sûrs. Il a noté avec satisfaction que la situation était en train de changer. En effet, si par le passé, on était toujours prêt à venir en aide dans des situations causant décès et traumatismes, il y avait eu nettement moins d'intérêt par contre pour les prévenir avant qu'ils ne surviennent. Grâce à l'initiative des hôpitaux sûrs, les gouvernements étaient davantage prêts à investir dans la prévention pour que ces établissements puissent continuer à fonctionner et à fournir les services d'importance vitale après une catastrophe. Cherchant à encourager encore davantage les États membres, le Bureau envisageait la possibilité de créer un prix qui reconnaîtrait les pays ayant fait des progrès dans l'application des meilleures pratiques liées à la sécurité des hôpitaux. Le prix servirait d'incitations aux pays pour qu'ils partagent leur expérience et expertise en matière d'amélioration de la sécurité des hôpitaux.

166. La Directrice a ajouté qu'un quart de siècle après le tremblement de terre au Mexique qui avait détruit un si grand nombre de ses hôpitaux, il était surprenant qu'on discute encore d'une nécessité pourtant flagrante que de rendre les hôpitaux résistants aux

catastrophes. La remise d'un prix annuel ainsi que d'autres incitations aidera probablement à rendre plus visible le profil de la question.

167. La Directrice a également fait remarquer que les autorités sanitaires devaient négocier plus intensément avec des banques et des instituts financiers pour obtenir un financement adéquat pour la construction d'hôpitaux car trop nombreux restaient les plans de construction d'hôpitaux qui ne répondent pas aux normes minimales nécessaires. Des améliorations devaient être portées aux codes de construction dans les pays et aux plans d'assurance pour l'infrastructure publique, disponibles uniquement à l'heure actuelle aux États-Unis et au Canada. Il est également nécessaire de coordonner davantage avec des architectes, des concepteurs et des constructeurs pour assurer la sécurité des immeubles des hôpitaux et de travailler en partenariat avec les universités où des travaux importants ont été faits dans le domaine de la sécurité des hôpitaux.

168. Le Comité a adopté la résolution CE146.R6, recommandant que le 50^e Conseil directeur approuve le Plan d'action sur la sécurité des hôpitaux.

La santé et les droits de l'homme (document CE146/21, Rev. 1)

169. Le Président a attiré l'attention sur le document CE146/21, Rev. 1, et a déclaré ouverte la discussion.

170. Le Comité a noté avec satisfaction le document conceptuel qui éclaire l'analyse de la relation complexe entre la santé et les droits de l'homme et renforce la protection des droits liés à la santé. Le document serait fort utile pour guider la réponse de l'OPS à la demande croissante de coopération technique avec les États membres concernant les questions se rapportant à la santé et aux droits de l'homme. Les délégués ont affirmé l'engagement de leur gouvernement au principe, contenu dans la Constitution de l'OMS, selon lequel chacun a le droit au niveau de meilleure santé possible. Par ailleurs, on a également noté que, si certains pays reconnaissent ce droit dans leurs constitutions et législations, ce n'est pourtant pas un droit avec force exécutoire aux termes de la loi nationale de tous les pays, surtout ceux dont la responsabilité de la santé entre dans la compétence de sous-niveaux du gouvernement.

171. Le Comité a exprimé son accord en général avec le contenu du document conceptuel et a donné son appui à la résolution proposée sur ce point de l'ordre du jour. Par ailleurs, un certain nombre de précisions et d'amendements ont également été suggérés. Plusieurs délégués pensaient qu'il fallait revoir la définition de « groupe vulnérable ». On pensait qu'au lieu de se référer aux « groupes vulnérables », le document conceptuel devait utiliser le terme préféré parmi les entités internationales défendant les droits humains, à savoir des groupes dans des situations de vulnérabilité. On pensait également que le document ne devait pas se rapporter spécifiquement aux

« groupes les plus vulnérables », car tous ces groupes se heurtent à des obstacles en cherchant à exercer leurs droits en matière de santé. Un certain nombre de délégués pensaient que la liste de tels groupes compris dans le paragraphe 13 du document conceptuel devait être élargie et inclure également les enfants, y compris les nouveau-nés et les migrants, y compris les migrants sans papiers. Une déléguée pensait qu'il fallait également inclure les pauvres, les minorités ethniques et raciales, les victimes de la violence, les réfugiés, les prisonniers, les hommes qui ont des rapports sexuels avec les hommes, les bisexuels et les transgenres ainsi que les professionnels du sexe.

172. On a pensé que les descriptions des relations de base entre la santé et les droits de la personne, dans les paragraphes 8 à 10 du document conceptuel, étaient trop générales car elles s'appliquaient à tout le monde, pas simplement aux groupes vulnérables. On a également proposé que la section sur les données générales dans le document apporte plus d'information sur des documents antérieurs de l'OPS ainsi que sur d'autres documents se rapportant à la proposition contenue dans ce document. Une déléguée, notant que le document conceptuel contenait diverses références à « l'approche basée sur les droits de l'homme » dans le cadre des programmes et travail normatif de l'OPS, a insisté sur le fait que le travail de l'OPS devait avant tout se fonder sur des données probantes.

173. On a proposé qu'en plus des dispositions ayant force obligatoire des instruments des droits humains dont fait état le document conceptuel, il faudrait tenir compte de l'interprétation de ces dispositions donnée, par exemple, dans les commentaires généraux faits par le Comité sur les droits économiques, sociaux et culturels et dans les rapports de la Commission interaméricaine sur les droits humains. On a également fait remarquer que les instruments des droits humains mentionnés dans le document ne s'appliquaient uniformément à tous les États membres.

174. De nombreux amendements à la résolution proposée ont été présentés, reflétant les suggestions faites par rapport au document conceptuel et au travail de l'OPS en ce qui concerne la santé et les droits de l'homme.

175. M^e Javier Vásquez (Conseiller, Bureau du genre, de la diversité et des droits de l'homme, BSP) a observé que cela faisait dix ans au moins que le thème de la santé et des droits humains était un sujet de discussion au sein des organes directeurs et une priorité de travail tant pour le Bureau que pour les autorités sanitaires nationales. Il n'était guère facile pour le Bureau de refléter tout ce travail dans un bref document conceptuel. Il était heureux d'avoir les suggestions du Comité concernant les améliorations possibles qu'on pouvait porter au document. Il a remarqué que la mission de l'OPS dans ce domaine lui était confiée par le Plan stratégique 2008-2012, surtout l'OS7 (traiter les déterminants sociaux et économiques sous-jacents de la santé par le biais de politiques et de programmes qui renforcent l'équité sur le plan santé et intègrent des approches aidant le

pauvre, respectant le genre ainsi que les droits humains) et le RER 7.4 (approches éthiques et de droits de la personne à la santé encouragées au sein de l'OPS/OMS aux niveaux national, régional et mondial). Concernant l'inclusion des groupes vulnérables autres que ceux indiqués dans le document conceptuel, il a expliqué que les groupes mentionnés dans le document avaient été inclus car ils constituaient le sujet des résolutions précédentes des Organes directeurs se rapportant à la santé et aux droits de la personne. Aussi, l'Organisation était-elle investie d'une mission à l'égard de ces groupes.

176. La Directrice ne pensait pas qu'il soit indiqué d'essayer d'inclure une liste complète de tous les groupes en situation de vulnérabilité car forcément certains groupes seraient omis de cette liste. C'est la raison pour laquelle le Bureau avait décidé de n'inclure que les groupes qui avaient été le sujet de résolutions précédentes de l'OPS. Le Bureau chercherait à indiquer clairement le bien-fondé d'une telle décision dans la version révisée du document conceptuel qui sera présenté au Conseil directeur.

177. A l'avis de la Directrice, les droits des patients relevaient d'une question particulière qu'il faudrait traiter dans le contexte du travail de l'Organisation se rapportant à la santé et aux droits de la personne. Un certain nombre de pays avaient mis au point, ou avaient l'intention de mettre au point, des codes de droits des patients et l'OPS recevait de plus en plus de demandes pour une coopération technique en ce domaine.

178. Répondant au commentaire concernant la nature du travail de l'OPS reposant sur des données probantes, elle a remarqué que l'approche des droits humains était parfois plus efficace que les preuves purement épidémiologiques lorsqu'on communique une information sanitaire à des non professionnels de la santé et au public en général. Par exemple, l'OPS essayait depuis des années, par voie de preuves scientifiques, de contrecarrer le mythe voulant que des corps sans vie risquent de déclencher des épidémies suite à une catastrophe et pourtant les médias et parfois même les représentants de la santé publique continuaient à insister sur le fait que les cadavres sont une grave menace pour la santé publique. Lorsque l'Organisation avait décidé d'aborder la question sous l'angle des droits humains, attirant l'attention sur l'importance d'identifier les morts et sur les droits culturels et religieux aussi bien de la personne décédée que des membres survivants de la famille, elle avait bien mieux réussi. Aussi, une approche axée sur les droits humains pouvait parfois rehausser les politiques et interventions de santé publique ancrées dans des données probantes.

179. Au vu des nombreux amendements suggérés à la résolution proposée, le Comité a décidé de constituer un groupe de rédaction sous la direction de la Délégation du Mexique pour arriver à un consensus sur la version révisée de la résolution. Le texte revu produit par le groupe de rédaction a été adopté par le Comité en tant que résolution CE146.R16.

Examen des centres panaméricains (document CE146/22)

180. Le Président a attiré l'attention sur le CE146/22 et a déclaré ouverte la discussion.

181. La Déléguée du Suriname a noté que dans le document, il était indiqué que le Centre d'épidémiologie des Caraïbes (CAREC) serait renforcé pour répondre aux besoins des États membres mais que, par ailleurs il était également mentionné que le laboratoire de CAREC soutiendrait essentiellement les activités de surveillance et cela ne concordait pas à son avis avec les besoins des États membres. Les États membres dans la sous-région des Caraïbes avaient clairement répété à maintes reprises qu'un des rôles du CAREC était de servir de laboratoire de référence agréé pour la sous-région, car il n'y avait pas d'autre laboratoire de référence aux Caraïbes.

182. La Déléguée des États-Unis a indiqué que son Gouvernement collaborait avec l'OPS pour renforcer CAREC et l'Institut d'alimentation et de nutrition des Caraïbes (CFNI) pendant la transition à l'Agence de santé publique des Caraïbes (CARPHA). Dans le cadre de cette activité, l'Agence de santé publique du Canada travaillait en étroite collaboration avec l'Organisation pour renforcer la capacité de laboratoire de CAREC.

183. Le Dr Carlos Samayoa (Conseiller principal, Développement institutionnel, BSP) a indiqué que l'un des principaux objectifs de la création de CARPHA était d'utiliser de manière optimale les ressources des divers centres des Caraïbes, y compris des centres administrés par l'OPS, CAREC et CFNI, pour répondre aux besoins des pays de la sous-région par exemple le soutien de laboratoire et pour renforcer leur viabilité financière.

184. Le Dr Socorro Gross-Galiano (Sous-Directrice, BSP), notant que la création de CARPHA était une initiative des pays de la communauté des Caraïbes, a indiqué que toutes les fonctions de CAREC seraient transférées à CARPHA. Elle a assuré le Comité que l'OPS apportait tout le soutien nécessaire pour faciliter la transition à CARPHA.

185. La Directrice a noté que l'accord créant CAREC destinait son laboratoire essentiellement à la surveillance épidémiologique et non pas aux services de laboratoire. Etant une institution de santé publique, CAREC n'a jamais eu la capacité de répondre à tous les besoins de laboratoire clinique et de référence de ses États membres et a donc toujours travaillé dans le cadre d'un réseau, collaborant avec d'autres laboratoires, surtout les *Centers for Disease Control and Prevention* des États-Unis mais aussi avec les laboratoires du réseau de l'Institut Pasteur et les laboratoires au Canada, à Cuba et dans d'autres pays. Le Bureau avait recommandé au groupe supervisant la création de CARPHA d'envisager la mise en place d'un mécanisme qui pourrait aider les états les plus petits aux Caraïbes et ceux qui avaient le moins de capacité au niveau national pour couvrir par exemple les coûts de transport des échantillons de laboratoire. A l'avis du

Bureau, un tel mécanisme était nécessaire pour vérifier que tous les États avaient un accès égal aux services de CARPHA.

186. Le Comité a adopté la résolution CE146.R9, recommandant que le 50e Conseil directeur adopte une résolution notant le transfert réussi de l'administration de l'Institut de nutrition de l'Amérique centrale et de Panama (INCAP) au Conseil directeur de l'Institut et encourageant vivement les États membres de continuer à collaborer avec le Bureau pour évaluer si les Centres panaméricains continuent effectivement à offrir la modalité la plus appropriée et la plus efficace de coopération technique et à trouver d'autres modalités de fonctionnement transférant le cas échéant leur administration et opérations aux États membres ou à des organisations sous-régionales.

Questions administratives et financières

Rapport sur le recouvrement des contributions (documents CE146/23 et CE146/23, Add. I)

187. Mme Linda Kintzios (Trésorière et Conseillère principale, Services et systèmes financiers, BSP), notant que le document CE146/23, Add. I, a fourni une information sur le recouvrement des contributions en date du 14 juin 2010, a indiqué que depuis cette date, l'Organisation avait reçu d'autres paiements, de l'ordre de \$12 850 242 du Canada, de \$12 197 du Costa Rica, et de \$38 463 du Paraguay. Le recouvrement des contributions actuelles s'élève à \$24,1 millions, soit 24% du total exigible pour 2010, soit un accroissement si on compare à 2009 et à 2008, lorsque seulement 14% et 19% des contributions de l'année en cours avaient été reçus à l'ouverture du Comité exécutif. Par ailleurs, seuls 16 membres ont effectué des paiements jusqu'à présent pour s'acquitter de leur contribution de 2010. Onze de ces 16 membres ont déjà payé le montant intégral.

188. Suite à la stratégie de la Directrice visant à augmenter le taux de recouvrement des contributions et à l'engagement démontré par les États membres, plus de 78% des arriérés avaient été payés, laissant un encours de seulement \$7,1 millions. Le recouvrement combiné des arriérés et des contributions de l'année actuelle s'élève au total, jusqu'à présent de \$49,3 millions, comparés à \$38 millions au même stade en 2009. Les États membres avaient tiré profit des diverses options disponibles pour répondre à leur engagement financier face à l'Organisation dont les paiements en monnaie locale, les paiements en tranches et les plans de paiement échelonnés. Tous les États membres avec des plans échelonnés se conformaient aux termes de ces accords et aucun État n'était exposé au risque d'être sujet à l'Article 6.B de la Constitution de l'OPS.

189. La Directrice a observé que la stratégie permettant aux États membres qui ont des arriérés d'adopter un plan de paiement échelonné avait été mise en place dans la Région dix ans auparavant. Elle s'était avérée très positive faisant que les États membres puissent

s'acquérir de leurs obligations même dans des époques de difficultés financières. Elle souhaitait remercier tout particulièrement les gouvernements de l'Argentine, de Cuba et du Pérou qui étaient sur le point de conclure leurs plans de paiement. Leur conformité aux plans avait diminué l'incertitude financière pour l'Organisation et avait eu un effet très positif sur son travail et ses activités de planification. Il convient de noter qu'en dépit des difficultés financières de ces deux dernières années, les États membres avaient tenu leurs obligations face à l'Organisation.

190. Le Comité exécutif a adopté la résolution CE146.R1, remerciant les États membres qui avaient déjà effectué des paiements pour 2010 et priait instamment les autres États membres de s'acquitter aussi rapidement que possible de leurs obligations en cours.

Rapport financier du Directeur et Rapport du Commissaire aux comptes externe pour 2008-2009 (Document officiel 337 et document CE146/24, Rév. 1)

191. L'Honorable Dr Douglas Slater (Représentant du Sous-comité de programme budget et administration) a indiqué que le Sous-comité n'avait pas discuté du Rapport financier effectif du Directeur pour 2008-2009 car en mars le commissaire aux comptes externes n'avait pas encore terminé son examen des comptes de l'Organisation. Le Sous-comité avait fait une vue d'ensemble et avait été informé que le budget programme ordinaire de l'Organisation était entièrement financé grâce en partie au fait que les revenus divers pour l'exercice biennal avaient été plus élevés que prévu et que le Fonds d'investissement était entièrement financé à \$20 millions, son plafond autorisé. Le Sous-comité s'était montré satisfait que l'Organisation avait terminé l'exercice biennal avec un budget programme ordinaire entièrement financé, malgré les difficultés économiques et financières mondiales de ces dernières années. On a noté que si on prévoyait un petit niveau de revenus excédentaires pour l'exercice biennal, l'Organisation devait se montrer aussi prudente que possible dans l'utilisation des fonds du Compte de réserve.

192. M. Esteban Alzamora (Chef comptable, BSP) a présenté une vue d'ensemble de la situation financière de l'Organisation, qui était décrite avec bien plus de détails dans le Document officiel 337. Il a fait état de la situation suivante : l'Organisation avait terminé l'exercice biennal de 2008-2009 avec un excédent des revenus sur les dépenses du budget ordinaire de \$4,2 millions. Soixante-cinq pour cent du budget ordinaire total de l'exercice biennal avait été utilisé pour les salaires et les indemnités du personnel. Les dépenses totales du budget ordinaire s'élevaient à \$195.4 million. Les dépenses du budget ordinaire, des fonds fiduciaires et autres fonds s'élevaient au total à \$547 million; les dépenses de l'affectation de l'OMS à la Région et d'autres fonds de l'OMS s'élevaient à \$145 millions; et les activités d'achat et d'approvisionnement pour le compte des États membres s'élevaient à \$689 millions.

193. Du côté revenus, le recouvrement des contributions avait été budgétisé à \$191,3 millions pour 2008-2009. L'Organisation avait de fait reçu \$158,9 millions en paiements pour l'exercice biennal actuel et \$35,4 millions pour les années précédentes. Après un transfert de \$11,2 millions au Fonds de péréquation des impôts, les contributions nettes étaient de \$183,1 millions. Le niveau des revenus divers s'élevait à \$23,5 millions en 2008-2009, dépassant le chiffre budgétisé de l'ordre de \$17,5 millions. L'Organisation avait reçu \$50,5 millions pour l'achat de fournitures stratégiques en santé publique par le biais du Fonds renouvelable régional pour les fournitures stratégique en santé publique (le Fonds stratégique), \$29,2 millions pour les achats via le Fonds d'achats remboursables et \$666 millions pour l'achat de vaccins et de seringues via le Fonds renouvelable pour l'achat de vaccins. Les fonds fiduciaires pour les programmes pluriannuels en santé publique s'élevaient à un total de \$325 millions pour l'exercice biennal. Le niveau de ressources des Autres Fonds de l'OPS était resté stable à \$60 millions. Le financement total de l'OMS avait grimpé à \$144,4 millions, soit un accroissement de 20% par rapport à l'exercice biennal précédent. Le Fonds d'investissement était entièrement financé à \$20 millions.

194. Le Centre d'épidémiologie des Caraïbes (CAREC) et l'Institut pour l'alimentation et la nutrition des Caraïbes (CFNI) ont terminé l'exercice biennal avec un excès des revenus sur les dépenses de l'ordre de \$667 000 et \$336 000, respectivement. La position financière de l'Institut de la nutrition de l'Amérique centrale et de Panama pour 2008-2009 et pour les 21 premiers jours de janvier indique des revenus du budget ordinaire de l'ordre de \$1,47 million, et des dépenses de \$1,61 million, lui donnant un déficit de \$140 000. L'Institut a cessé d'être administré par l'OPS le 21 janvier 2010.

195. M. Damian Brewitt (Représentant du Commissaire aux comptes externe) a présenté le rapport du Commissaire aux comptes externe au nom de l'Office national d'audit du Royaume Uni de la Grande Bretagne et du Nord de l'Irlande. Il était heureux de confirmer que l'audit des états financiers n'avait montré aucune insuffisance ou erreur qui aurait pu entacher leur exactitude ou intégralité. Aussi, le Commissaire aux comptes externe a-t-il émis une opinion d'audit non qualifié. De plus, le BSP avait répondu avec le plus grand soin aux recommandations les plus importantes de l'audit précédent. Les résultats financiers en général ont montré que l'OPS avait su répondre adéquatement à la turbulence des marchés financiers et sauvegarder son capital excédentaire destiné à l'investissement.

196. En 2010, l'OPS produirait des états financiers annuels conformes aux normes IPSAS, qui donneraient aux États membres une information financière nettement améliorée, indiquant clairement la performance pour l'année et brossant le véritable tableau de l'actif et du passif. L'OPS progressait bien vers la mise en œuvre des normes IPSAS bien qu'un tel changement comporte un risque pour l'Organisation. Le Commissaire aux comptes externe travaillera en étroite collaboration avec la direction

pour revoir les préparations. Un audit sera ainsi fait du format et du contenu d'un état financier intérimaire pour apporter du feed-back avant la préparation des comptes annuels.

197. La date actuelle pour la certification des états financiers est fixée au 14 avril, ce qui est de l'ordre du défi à relever. L'OPS ne devrait pas sous-estimer l'impact de la charge de travail du personnel financier et doit s'assurer que des ressources financières suffisantes sont disponibles pour soutenir la transition. De plus, les systèmes financiers de l'Organisation devront être mis à jour.

198. La couverture de l'assurance-maladie pour les personnes à la retraite représente un passif significatif à l'avenir. Dans le cadre des politiques comptables actuelles, ces engagements ne figurent pas au bilan mais dès que les normes IPSAS seront appliquées, il faudra l'inclure entièrement. L'OPS a obtenu une estimation actuarielle de \$181 millions pour l'engagement éventuel, montrant combien il est important que l'Organisation se donne un plan à long terme pour répondre à ces obligations lorsqu'elles devront être assumées dans les années à venir.

199. Dans le domaine de la gouvernance, l'OPS avait mis sur pied un Comité d'audit (voir paragraphes 37 à 44 ci-dessus), qui aurait pour rôle de superviser la préparation des états financiers et la transition aux normes IPSAS. Ce comité aidera également à choisir un nouveau commissaire aux comptes externe à la fin de son mandat actuel. L'Office d'audit du Royaume Uni ne cherchera pas une nouvelle nomination car la meilleure pratique en ce domaine suggère une rotation des fournisseurs des auditeurs externes. Par ailleurs, si l'OPS ne réussissait pas à trouver un remplaçant au commissaire aux comptes externes, cet office serait prêt à continuer d'offrir ses services.

200. A l'avis du Commissaire aux comptes externe, une bonne gouvernance demande une gestion efficace des risques, dont un volet important concernait la mise en place d'un registre pour identifier et suivre les risques. L'OPS devrait mettre en place un registre de risques pour l'ensemble de l'Organisation en se concentrant sur un petit nombre gérable de risques stratégiques de haut niveau susceptibles de perturber la fourniture du programme d'activités convenu. L'Organisation devrait également produire un « état du contrôle interne », c'est-à-dire une déclaration préparée par le chef d'une organisation prenant la responsabilité personnelle du maintien des contrôles internes sur l'ensemble de l'année. Cet état des faits présenterait une évaluation de l'environnement de contrôle en général, complété par une opinion annuelle de la fonction de supervision interne. Il fera ressortir toute faiblesse ou défaillance du contrôle ainsi que les actions entreprises pour les mitiger, accentuant encore la responsabilité de la direction et la transparence des opérations.

201. L'audit avait demandé 10 visites dans le pays et visites aux deux centres sous-régionaux. Il convient de noter à cet égard que l'OPS avait renforcé la supervision des bureaux de pays et améliorer les contrôles financiers au niveau local. Par ailleurs, il y a encore lieu d'améliorer la documentation et la rétention des données à l'appui dans le domaine des achats/approvisionnements. Les visites d'audit dans les bureaux sous-régionaux avaient noté des risques associés au retard dans la séparation prévue entre CAREC, CFNI et l'OPS ainsi que la nécessité de fixer un calendrier d'exécution à cet égard. Le rapport a également indiqué qu'il fallait vérifier un recouvrement rapide des contributions dues à CAREC et au CFNI car les montants non encore recouverts pèsent de tout leur poids sur la santé financière de ces institutions.

202. Le Commissaire aux comptes externe avait fait un audit séparé des états financiers de l'Institut de nutrition pour l'Amérique centrale et Panama (INCAP) et n'avait constaté aucune insuffisance ou erreurs qui auraient pu entacher leur exactitude. Le déficit de \$140 000 était essentiellement dû aux coûts supplémentaires de l'extension de la période comptable jusqu'au 21 janvier 2010 et elle avait été financée par le Fonds d'investissement qui a été réapprovisionné avec des fonds reçus en 2010. Le Commissaire aux comptes externe avait identifié certains risques pesant sur la santé financière de l'Institut, notamment une baisse dans les contributions volontaires et dans les revenus des projets, tendances qui reflétaient probablement l'incertitude de la période de pré-séparation. En général, le Commissaire aux comptes externe avait conclu que la transition avait été gérée de manière réussie et que les soldes des fonds avaient été transférés correctement.

203. Le Comité exécutif a noté avec satisfaction le rapport sur la bonne santé financière de l'Organisation et tout notamment l'opinion d'audit non qualifiée, démontrant qu'une administration attentive des ressources avait permis à l'Organisation de traverser la crise financière sans souffrir de lourdes pertes financières. Nul doute que l'image de l'OPS en tant que partenaire financier fiable était une des principales raisons des importantes contributions volontaires à l'Organisation, notamment le solide accroissement dans le financement pour l'achat de vaccins et autres fournitures pour le compte des États membres.

204. Une déléguée a exprimé sa préoccupation par rapport au montant très élevé qu'il faudra mettre de côté pour financer les futures obligations des membres du personnel et a demandé si l'OPS envisageait de créer un fonds de réserve à cette fin comme le faisaient d'autres organismes dans le système des Nations Unies. Elle est pleinement d'accord avec le commentaire du Commissaire aux comptes externe concernant l'impact de la charge de travail du personnel financier. L'audit provisoire en novembre permettrait de cerner les risques et d'envisager des solutions pour y remédier. En outre, la mise en œuvre des normes IPSAS relevait non seulement de la responsabilité du Bureau mais aussi des États membres et que par conséquent, au vu des recommandations du

Commissaire aux comptes externes de garder informés les États membres, elle a proposé qu'un atelier soit organisé pour les pays portant sur les implications des normes IPSAS. Elle a également appuyé toutes les recommandations du Commissaire aux comptes externe sur la gestion des risques.

205. Un autre délégué a également soutenu les recommandations du Commissaire aux comptes externe concernant la mise à jour des systèmes de notification financière et la mise en œuvre des normes IPSAS. Une troisième déléguée a attiré l'attention sur les recommandations du Commissaire aux comptes externe se référant à l'attention continue qu'il fallait apporter aux contrôles internes et supervision, surtout dans les bureaux de terrain.

206. M. Alzamora s'est montré d'accord avec la suggestion de mettre en place un fonds de réserve pour les futures obligations liées au personnel. Le BSP examinait la faisabilité du concept dont la première étape consiste à calculer la taille du fonds de réserve. Il pense également que la suggestion d'un atelier sur les normes IPSAS était une bonne idée car cela permettrait de montrer aux États membres la future présentation des états financiers de l'Organisation.

207. La Directrice a noté avec satisfaction les commentaires positifs du Comité sur la réussite de l'Organisation qui est sortie indemne de la crise financière. A son avis, le BSP avait pris une décision prudente et avisée en engageant un professionnel de l'investissement pour soutenir et guider le travail du Comité d'investissement. Elle a noté que la distribution régionale des ressources de l'OMS s'était améliorée au bénéfice de la Région des Amériques et a vivement recommandé aux États membres de l'OPS qui siègent auprès du Conseil exécutif de l'OMS de continuer à pousser dans le sens d'une distribution juste et équitable des ressources.

208. L'OPS était très contente de recevoir une opinion d'audit non qualifiée à la fin d'une période particulièrement difficile, comprenant le transfert à son propre Conseil directeur de la responsabilité de l'administration de l'INCAP. Elle a assuré au Comité que le Bureau prêterait la plus grande attention à toutes les recommandations du Commissaire aux comptes externe, surtout dans les domaines de la gestion des risques et des contrôles internes. Le Bureau suit de très près la situation des trois centres panaméricains la situation des trois centres panaméricains. La réduction du déficit était en bonne voie au CFNI et, dans le cas des deux centres des Caraïbes, l'OPS avait su maintenir la confiance de ses partenaires qui ont continué à faire des contributions aux projets. Des contributions volontaires ont continué à être faites à l'INCAP pendant la période de transition et c'était de bon augure pour la future viabilité financière de l'Institut.

209. Le Comité exécutif a adopté la résolution CE146.R2, autorisant, au vu de l'excès des revenus sur les dépenses, un transfert du Fonds de réserve de \$2 millions en plus pour réapprovisionner le Fonds d'investissement, conformément à la résolution CSP27.R19 (voir paragraphes 215 à 221 ci-après pour une plus ample discussion de cette question).

Processus de nomination du Commissaire aux comptes externe de l'OPS pour 2012-2013 et 2014-2015 (document CE146/25)

210. Mme Linda Kintzios (Trésorière et conseillère principale, Services et systèmes financiers, BSP) a rappelé que le processus de nomination du commissaire aux comptes externe avait été présenté pour la première fois aux Organes directeurs et approuvé par le Conseil directeur en 2006. Lorsque le processus a été suivi pour les exercices biennaux 2008-2009 et 2010-2011, seule une nomination avait été reçue. Par conséquent, elle souhaitait encourager tous les États membres à présenter des nominations parmi des auditeurs de réputation internationale – concept défini dans le document – qui ont de l'expérience en matière d'audits dans un contexte multiculturel et multilingue.

211. Dans la discussion de ce point de l'ordre du jour au sein du Comité exécutif, on a proposé que le BSP envisage d'adopter un mandat unique non renouvelable de six ans pour le commissaire aux comptes externe, ce qui représente une bonne solution intermédiaire entre la continuité et un niveau raisonnable de rotation, favorisant par ailleurs un bon maintien de l'indépendance.

212. Mme Kintzios, notant que certaines entités des Nations Unies avaient adopté de tels arrangements, a indiqué que l'Organisation examinerait la faisabilité de la proposition mais devait être assurée de recevoir des nominations adéquates si le mandat n'était pas renouvelable. Sinon, l'Organisation risquait de se retrouver sans commissaire aux comptes externe.

213. La Directrice a observé que l'Organisation avait jusqu'à présent nommé ses commissaires aux comptes externes pour deux exercices biennaux mais qu'elle se pencherait sur la nouvelle proposition avant de publier l'appel aux nominations.

214. Le Comité a pris note de ce point de l'ordre du jour.

Plan-cadre d'investissement (document CE146/26)

215. L'Honorable Dr Douglas Slater (Représentant du Sous-comité de programme, budget et administration) a indiqué que le Sous-comité avait étudié un rapport sur les projets financés par le Fonds directeur d'investissement aux niveaux régional et national et avait revu une demande faite par la Directrice pour le transfert au Fonds d'investissement de \$2 millions de l'excédent des revenus sur les dépenses du Budget

programme ordinaire pour 2008-2009. Dans la discussion qui s'en est suivie, les membres du Sous-comité ont affirmé que le Fonds d'investissement constituait un mécanisme solide pour financer les investissements nécessaires dans l'infrastructure et ils avaient recommandé que le Comité exécutif approuve la demande de la Directrice.

216. Par ailleurs, certains délégués pensaient qu'il fallait faire une analyse plus détaillée des activités de certains projets entrant dans le plan cadre d'investissement. On a remarqué que, dans certains cas, il n'y avait pas d'indication claire sur le montant qui avait été dépensé par rapport à la somme qui avait été budgétisée. On a également indiqué qu'il serait utile d'avoir une vue d'ensemble des projets de technologie de l'information financés par le Fonds d'investissement, ceux financés par le Fonds de réserve et les activités proposées pour mettre à jour le Système de gestion institutionnelle du BSP, plutôt que d'examiner ces projets dans le cadre de trois rubriques séparées. Le Sous-comité avait également demandé des informations supplémentaires sur les dégâts causés aux établissements de l'OPS par les tremblements de terre en Haïti et au Chili et sur les plans de renforcement de la sécurité physique dans tous les locaux de l'OPS.

217. M. Edward Harkness (Manager de domaine, opérations des services généraux, BSP) a récapitulé les révisions qui ont été faites au rapport en réponse aux commentaires du Sous-comité. Il se rapportait notamment au Plan-cadre d'investissement qui recoupe les projets du Fonds d'investissement et ceux qui seront financés par le Fonds de réserve. De plus, dans l'annexe montrant les projets pour l'exercice biennal 2010-2011, les projets dans le Sous-fonds des immeubles et de l'équipement et ceux dans le projet du Sous-fonds de la technologie de l'information avaient été combinés pour indiquer leur caractère complémentaire, tel que l'avaient demandé plusieurs États membres.

218. Une déléguée a indiqué que certes le document avait été amélioré mais qu'il restait pourtant certains domaines où l'information n'était pas très claire. M. Harkness a répondu que de améliorations seraient portées à la prochaine version du document.

219. Répondant à la demande d'information sur les dégâts causés aux propriétés de l'OPS lors des derniers grands tremblements de terre, il a dit qu'au Chili, des dispositions avaient été prises pour déménager le bureau du Représentant de l'OPS/OMS à un immeuble adjacent à la propriété de la Commission économique des Nations Unies pour l'Amérique latine et les Caraïbes (ECLAC), ce qui comportait également l'avantage supplémentaire d'un loyer moins cher. Le bureau de l'OPS en Haïti comprenait deux parties et actuellement, on cherchait surtout à renforcer la partie qui est la plus nouvelle, un agrandissement construit il y a environ 10 ans. On espère que le personnel pourra revenir dans cette partie de l'immeuble dans trois mois environ. A présent, le personnel se trouve dans des bureaux temporaires d'immeubles portables. Une étude serait ensuite faite des coûts et avantages relatifs des travaux de réparation et de rénovation de la partie

la plus ancienne, un immeuble datant de 1910, comparé à l'option consistant à le démolir. Une grande partie des travaux seront financés par le Fonds d'investissement.

220. La Directrice a rappelé que, dans le cas du Chili, il existait une réserve budgétaire pour construire un nouvel immeuble sur des terrains du gouvernement, proches de la propriété de l'ECLAC. Le Chili ayant à présent un nouveau gouvernement, l'OPS revoyait la proposition avant de chercher à obtenir la confirmation de l'engagement de fournir les ressources pour le nouvel immeuble. Elle a également signalé que, dans les deux prochains mois, les travaux débuteraient pour rénover un immeuble du Gouvernement de l'Uruguay, qui comporterait un étage pour le bureau de terrain de l'OPS/OMS et pour le Centre de périnatalogie de l'Amérique centrale (CLAP), et en août, le Gouvernement du Suriname allait inaugurer les nouveaux bureaux de l'OPS.

221. Le Comité exécutif a pris note du rapport.

Statut des projets financés par le compte de réserve de l'OPS (document CE146/27)

222. L'Honorable Dr Douglas Slater (Représentant du Sous-comité de programme, budget et administration) a indiqué que le Sous-comité avait été informé du statut des projets approuvés par le 48^e Conseil directeur aux fins de recevoir un financement du compte de réserve et avait revu les changements proposés dans les niveaux de financement autorisés pour 2010-2011. Toutefois, les membres du Sous-comité pensaient en général que l'information donnée sur les projets ne suffisait pas pour qu'ils puissent faire des recommandations au Comité exécutif. Par exemple, dans les profils de plusieurs projets, il est indiqué qu'une partie du budget original approuvé avait été dépensée mais aucune information n'a été donnée sur ce qui avait été concrètement. Dans d'autres cas, un financement était demandé sans qu'on précise d'où il pourrait bien provenir. Le Sous-comité pensait également qu'au vu du rythme plutôt lent dans l'exécution des projets, il fallait donner de plus amples explications sur les retards ou absence de progrès. On a fait remarquer que, dans certains cas, des projets entrant dans la sphère du Fonds d'investissement ont été retenus comme des projets nécessitant un financement supplémentaire du Compte de réserve mais les chiffres donnés dans les rapports sur le Fonds et le Compte ne correspondaient pas. Le Sous-comité avait proposé d'expliquer plus clairement les types de projets devant être financés à partir de chacune des deux sources.

223. Aux fins de permettre au Sous-comité de faire les recommandations nécessaires au Comité exécutif, on a convenu que le Bureau fournirait l'information nécessaire sur les raisons faisant que des sommes supplémentaires étaient demandées, pour résoudre les divergences financières entre les divers documents et pour compiler toute autre information dont avait besoin le Sous-comité. Le Sous-comité organiserait donc ensuite une autre discussion par voie électronique. A cette fin, le Bureau avait ensuite mis en

place un site web. Les résultats du processus de consultation électronique sont indiqués dans le document CE146/27.

224. M. Román Sotela (Conseiller principal, Gestion du budget et du programme, BSP) a noté que, suivant la session du SPBA, une réunion interne avait été tenue avec tous les auteurs des profils de projet pour traiter les questions soulevées par le Sous-comité. Le document a ensuite été remanié : à présent, les profils des projets présentent les liens avec le Plan stratégique et les commentaires précisent également les raisons de la lente progression de la première tranche et des activités escomptées de la seconde tranche. En plus, les divergences entre les chiffres du financement ont été éliminées.

225. Le Comité exécutif s'est montré satisfait des améliorations portées au document qu'il a trouvé bien plus informative que la version précédente présentée au Sous-comité. Une déléguée, observant que le Bureau s'est montré fort prudent jusqu'à présent dans l'utilisation des fonds du compte, a demandé s'il avait une vue plus à long terme de l'utilisation des ressources du compte de réserve.

226. Comme le conjecture M. Sotela et suivant le résultat de la discussion sur les systèmes d'information de l'Organisation (voir paragraphes 60 à 79 ci-dessus), il est probable qu'on doive puiser dans les caisses du Compte de réserve pour financer cette activité qui sera très onéreuse.

227. La Directrice a ajouté que la disponibilité de fonds dans le Compte de réserve relève d'une situation unique due aux circonstances financières inhabituelles d'un exercice financier particulier. Par conséquent, le Bureau avait fait très attention à ne pas utiliser ces fonds pour des projets qui comporteraient ensuite des dépenses de fonctionnement, cherchant davantage à financer des projets qui rendraient le travail de l'Organisation plus efficace et lui permettrait d'accomplir davantage avec le même niveau de ressources. Le projet 3(a) dépendant du Compte de réserve, pour \$1 million, avait été réalisé pour entreprendre des études préliminaires du système d'information en gestion du BSP. Grâce à ce projet, des options définitives ont pu être présentées au Conseil directeur. Une fois que le Conseil aura choisi une option, le Bureau pourrait ensuite présenter au SPBA une nouvelle proposition sur la bonne manière de progresser. Les fonds du Compte de réserve représentent un des moyens possibles de financer l'opération. Ils risquent de ne pas être suffisants pour couvrir le coût complet mais ils permettraient du moins à l'Organisation de prendre les prochaines étapes du processus.

228. Un autre domaine où il serait prudent de faire des investissements est celui d'assurer la continuité des opérations de l'Organisation. Elle a rappelé l'époque au début de l'année où les très mauvaises conditions climatiques avaient causé des pannes d'électricité, des ruptures de conduites d'eau et des pannes d'ordinateur, justement quand l'Organisation travaillait intensément pour améliorer la situation après le tremblement de

terre en Haïti. Cela avait sonné l'alarme montrant que l'Organisation devait se donner des systèmes de remplacement et de réserve pour assurer la continuité dans des situations de crise.

229. Le Comité exécutif a pris note du rapport et a approuvé les changements proposés dans les niveaux de financement pour la période 2010-2011.

Examen de la commission prélevée sur les achats de fournitures de santé publique effectués pour le compte des États membres (document CE146/28, Rév. 1)

230. Ms. Sharon Frahler (Manager de domaine, Gestion des ressources financières, BSP) a récapitulé l'information présentée dans le document CE146/28, Rév.1, sur les mécanismes d'achat de l'Organisation, attirant l'attention sur les accroissements notables dans le montant de ressources transitant par ces fonds. Elle a expliqué que, depuis la création du mécanisme d'achats remboursables en 1951, une commission de 3% avait été prélevée sur le coût net des articles achetés. Conformément à la résolution CD28.R36 (1981), cette commission était versée au profit du Compte spécial pour les coûts de soutien aux programmes pour prendre en charge une partie des coûts liés à l'administration du mécanisme d'achat. Par ailleurs, depuis la création du Fonds renouvelable pour l'achat de vaccins, les frais de 3% recouverts auprès des États membres sont réservés pour le compte de capitalisation du Fonds, augmentant ainsi le financement disponible pour les États membres pour l'achat de vaccins et de fournitures connexes. De même, la commission de 3% prélevée sur le coût net des articles achetés par le biais du Fonds stratégique sont utilisés pour le compte de capitalisation du Fonds. Comme pour le Fonds renouvelable pour l'achat de vaccins, aucune portion des frais de 3% n'était utilisée pour payer les coûts, y compris le personnel, liés aux achats.

231. Au vu de la croissance impressionnante des activités d'achat de l'Organisation, le BSP a proposé que la commission de 3% soit augmentée à 3,5%, et que les 0,5% supplémentaires soient crédités au profit du Compte spécial pour les coûts de soutien au programme. Les recettes supplémentaires pourront financer des postes supplémentaires venant soutenir des activités d'achat. D'autres organismes des Nations Unies qui facilitent des achats pour le compte de leurs États membres et partenaires prélèvent une commission entre 4% et 5%. Aussi, même avec l'accroissement proposé de 0,5%, l'OPS demanderait encore une des plus faibles commissions du système des Nations Unies.

232. Le Comité exécutif reconnaît la valeur des services d'achat de l'OPS et a soutenu en général l'augmentation proposée de la commission bien que certains délégués se soient demandé si un accroissement de 0,5% serait suffisant. Plusieurs délégués ont noté que les fonds dans le Compte spécial pour les coûts de soutien aux programmes ne couvraient qu'une petite proportion des salaires du personnel travaillant directement à la gestion des achats et des fournitures et a souligné que les activités tels que les achats pour

le compte des États membres, financés par des sources de revenus volontaires et extrabudgétaires, ne devaient pas être subventionnées de manière disproportionnée par le budget ordinaire. On s'est également demandé pourquoi les commissions prélevées dans le cas du Fonds renouvelable pour les achats de vaccins et le Fonds stratégique n'avaient pas été gardée jusqu'à présent pour le soutien du programme et qu'elles avaient servi uniquement à capitaliser les fonds. On a noté que le mécanisme d'achat remboursable n'avait pas augmenté de beaucoup ces dernières dix à vingt années alors que les deux autres mécanismes avaient augmenté très sensiblement et on a proposé que le mécanisme le plus ancien soit fusionné à l'un des deux autres.

233. Une déléguée a suggéré que l'augmentation proposée de 0,5% soit acceptée provisoirement et que le Comité revoie la question dans un avenir proche, suivant une étude faite par le Bureau pour déterminer exactement les frais généraux des activités d'achat et les projections sur les futurs accroissements de coûts. Un autre délégué a proposé d'augmenter à 4% la commission et d'utiliser la seconde moitié de 0,5% de l'augmentation pour aider à financer la modernisation du système d'information pour la gestion du BSP (voir paragraphes 60 à 79 ci-dessus). Une troisième déléguée a suggéré de combiner les deux propositions : aussi bien de passer à une augmentation de 1% que de demander au Bureau d'examiner les coûts de plus près. On a remarqué que la résolution proposée sur ce point de l'ordre du jour n'indique pas la date à laquelle entrera en vigueur l'accroissement dans la commission prélevée et la résolution a été amendée par voie de conséquence par la suite.

234. Mme Frahler a confirmé que les fonds dans le Compte spécial pour les coûts de soutien aux programmes ne couvraient pas le coût intégral de l'administration des activités d'achat de l'Organisation. Par ailleurs, elle a expliqué que l'OPS considérait que ses activités d'achat entraient dans le cadre de la coopération technique qu'elle apporte à ses États membres. Si elle cherche à obtenir le meilleur prix possible pour les fournitures médicales qu'elle remet à ses États membres, il n'entre pourtant pas dans le but de l'Organisation d'insister sur le remboursement de tous les coûts de cette opération. Le Bureau n'en était pas moins prêt à faire une étude pour déterminer les coûts réels de telles activités qui englobent non seulement les coûts associés aux services participant directement à l'achat et à la gestion des fournitures mais aussi les coûts du personnel travaillant sur le budget programme, la gestion des ressources financières, les questions juridiques et autres domaines.

235. Se tournant vers les raisons à l'origine du traitement divergent de la commission prélevée pour les trois mécanismes d'achat, elle a expliqué qu'au moment de la création, en 1997, du Fonds renouvelable d'achat de vaccins, on avait adopté le principe voulant que les frais évalués soient crédités dans leur intégralité au compte de capitalisation, car les réglementations de certains gouvernements de la Région ne permettaient pas de prépayer pour les biens et les services. Le BSP avait donc pu prêter le financement

nécessaire à de tels gouvernements à partir du compte de capitalisation, à faire les achats lui-même auprès du Fonds et à recouvrer l'argent en l'espace de 60 jours. Certains États membres avaient donc eu accès à des vaccins et seringues qu'ils n'auraient pas pu obtenir autrement. Lorsque le Fonds stratégique a été créé en 1999, il a été doté d'une structure différente et très compliquée, qui s'est avérée bien vite ingérable. Les États membres avaient demandé une structure analogue à celle du Fonds des vaccins et, en 2005, la Directrice avait décidé que l'approche la plus simple consistait à rendre pareilles les deux structures.

236. Concernant la question sur l'existence indépendante continue du mécanisme d'achats remboursables, elle a expliqué qu'il avait été mis en place en 1951 pour l'achat de tous les types d'équipement médical. Lorsque les deux fonds renouvelables ont été créés à une date ultérieure, on leur a confié respectivement l'achat de vaccins et l'achat de fournitures stratégiques en santé publique, ce qui a réduit l'utilisation du Fonds original. Le BSP envisagerait certainement de le fusionner à l'un des deux autres fonds, mais le mécanisme d'achats remboursables était encore très utilisé pour l'achat d'ambulances, d'équipement de laboratoires et autres fournitures médicales qui n'entraient pas vraiment dans les deux autres fonds renouvelables.

237. La Directrice a ajouté que le marché des achats dans les années 50 était très différent de l'actuel marché. Certains pays n'avaient pas même de fournisseurs de certains biens médicaux et pour eux, il était difficile de les importer ou alors cela leur revenait à un prix exorbitant. Aussi, le mécanisme avait-il certes joué un rôle important. A présent, il avait tendance à être moins utilisé. Il avait pourtant encore aidé à faire un achat important d'ambulances en 2009. Elle a noté que notamment le Fonds renouvelable de l'achat des vaccins avait également bénéficié à l'industrie pharmaceutique, car en recevant de larges commandes garanties, elle pouvait planifier son avenir et faire des prédictions exactes du marché.

238. De plus, les deux fonds renouvelables ont rapporté des avantages aux États membres qui vont au-delà de la réduction des coûts de leurs achats de santé publique. Quand ils n'étaient pas utilisés pour préfinancer des achats de fourniture, les \$ 60 millions environ dans les comptes de capitalisation ont été ajoutés au portefeuille d'investissement de l'Organisation, ce qui a contribué au net accroissement dans les revenus divers de l'exercice fiscal précédent. Les taux d'intérêt ont certes baissé lors de l'exercice précédent mais grâce au plus grand volume de fonds investis, l'Organisation a pu survivre la période de difficultés financières avec relativement peu de dégâts.

239. La Directrice a convenu qu'il fallait éviter de subventionner les activités extrabudgétaires à partir des revenus du budget ordinaire. Au vu de cela, le Bureau avait essayé dans la mesure du possible de maintenir l'augmentation au niveau des achats sans augmenter parallèlement les ressources humaines. Par contre, une étude des services

d'achats du Bureau réalisée par un consultant extérieur a indiqué clairement qu'il fallait augmenter le nombre de postes dans certains de ces domaines. Si on avait proposé une augmentation de 0,5% dans les frais évalués, c'était pour garder aussi modeste que possible tout accroissement de coûts dans ce climat financier difficile.

240. La Directrice appréciait certes que certains États membres envisagent une augmentation plus importante, bien qu'il faille à son avis faire preuve de prudence à cet égard. En effet, l'idée d'utiliser une augmentation supplémentaire de 0,5% pour financer des améliorations au système de gestion financière, si elle pouvait sembler bien attirante, risquait également d'être vue comme création une nouvelle subvention. Tous les États membres n'utilisent pas tous les mécanismes d'achat. Et par conséquent, l'Organisation risquait d'utiliser des ressources contribuées par uniquement quelques États membres pour financer une amélioration qui profiterait à tous, et cela représentait un problème au niveau de l'équité. D'après elle, l'augmentation de 0,5% pouvait être approuvée lors de l'exercice annuel et qu'ensuite le Bureau ferait une étude des coûts réels et qu'une augmentation progressive pourrait être proposée lors de l'exercice suivant.

241. S'ils avaient suivi avec intérêt l'explication des raisons historiques de l'affectation des frais évalués aux comptes de capitalisation, certains délégués se demandaient pourtant si cela justifiait encore que les 3% soient affectés à ses fonds dans leur intégralité, au vu du fait que les deux fonds renouvelables existent depuis longtemps à présent.

242. La Directrice a signalé une autre étude faite par un consultant de l'extérieure sur les modalités financières du Fonds renouvelable pour les achats de vaccins. Cette étude avait indiqué qu'au vu des coûts projetés de nouveaux progrès comme les vaccins contre le papillomavirus humain ou le vaccin antipneumococcique, le Fonds n'avait pas encore atteint son niveau optimal de capitalisation.

243. Le Comité exécutif a adopté la résolution CE146.R3, telle qu'amendée, recommandant au Conseil directeur d'approuver une augmentation dans les frais de service évalués sur l'achat de matériel de santé publique, à 3,5% dès le 1^{er} janvier 2011.

Questions liées au personnel

Amendements au Règlement et au Statut du personnel du Bureau sanitaire panaméricain (document CE146/29)

244. L'Honorable Dr Douglas Slater (Représentant du Sous-comité de programme, budget et administration) a indiqué que le Sous-comité avait examiné plusieurs amendements proposés au Règlement et au Statut du personnel du Bureau sanitaire panaméricain lors de sa quatrième session. Il avait été informé que les amendements

entraient dans deux grandes catégories : premièrement, les changements jugés nécessaires pour rester alignés sur les politiques et les pratiques liées aux ressources humaines dans le système commun des Nations Unies et, deuxièmement, les changements jugés nécessaires au vu de l'expérience et dans l'intérêt d'une bonne gestion des ressources humaines. Le Sous-comité avait pris note des amendements proposés au Règlement et au Statut du personnel et à la résolution proposée au Comité exécutif contenue dans le document CE146/29.

245. Mme Dianne Arnold (Gérante, Gestion des ressources humaines, BSP) a ajouté qu'en plus des changements de fond qui étaient proposés, étaient également incluses certaines révisions éditoriales, pour mettre au clair le Règlement et le Statut du personnel. Elle a mis en évidence les changements proposés au Règlement dans les articles 310.4 ; 410,1 ; 763 ; 1230 et au Statut du Personnel 4.3 et a revu les raisons de ces changements. Elle a également noté que, conformément à la recommandation de la Commission internationale de la fonction publique auprès de l'Assemblée générale des Nations Unies, l'échelle salariale pour les catégories professionnelles et supérieures avait été majorée de 3,04%. Par conséquent, le Comité exécutif était prié d'approuver les ajustements correspondant dans les salaires des postes de directeur adjoint et sous-directeur, sur une base pas de perte/pas de gain et de recommander au 50^e Conseil directeur une révision correspondante du salaire du poste de directeur.

246. La Directrice était d'avis que l'examen par les Organes directeurs des changements proposés au Règlement et au Statut du personnel vérifiait d'une part que l'Organisation se conformait à ses obligations dans le cadre du système des Nations Unies et qu'elle agissait comme un bon employeur.

247. Le Comité exécutif a adopté la résolution CE146.R13, approuvant tous les changements proposés au Règlement du Bureau sanitaire panaméricain et recommandant que le 50^e Conseil directeur fixe le salaire annuel de la Directrice au niveau proposé et approuve l'amendement à l'article 4.3 du Règlement du personnel, spécifiant que les principes de diversité et d'inclusion guident le recrutement du personnel.

Réforme contractuelle à l'OPS (document CE146/30)

248. L'Honorable Dr Douglas Slater (Représentant du Sous-comité de programme, budget et administration) a indiqué que le Sous-comité avait été informé que les deux types de contrats approuvés par l'Assemblée générale des Nations Unies en 2008 – contrats temporaires et contrats de durée temporaire- avaient été appliqués en 2009, mais par contre l'Assemblée générale des Nations Unies avait demandé aux Organisations des Nations Unies d'attendre qu'un certain nombre de questions soient résolues avant d'appliquer les contrats continus. Le Sous-comité avait fait que le rapport ne comprenait aucune information sur les progrès faits par l'OPS au niveau de l'application des deux

autres types de contrat et avait demandé qu'une telle information soit incluse dans le rapport devant être présenté au Comité exécutif.

249. Mme Dianne Arnold (Manager de domaine, gestion des ressources humaines, BSP) a expliqué qu'aucun changement n'avait été porté dans les postes à durée déterminée. Un grand nombre des membres du personnel de l'Organisation avaient de tels contrats qui duraient pendant une période donnée, généralement deux ans et qui étaient renouvelables. Concernant les nominations temporaires, la 144^e session du Comité exécutif avait approuvé deux révisions : à savoir, le rallongement de leur durée possible à deux ans—plutôt que la durée précédente s'étendant à un maximum de 11 mois, qui dérangeait souvent les activités en cours—ainsi que certaines améliorations dans les avantages divers pour le personnel temporaire, notamment les congés dans le foyer et les indemnités pour les postes difficiles dans les cas appropriés. Ces révisions avaient été adoptées et cela avait donné à l'Organisation une plus grande marge de manœuvre pour utiliser le personnel temporaire et faciliter la planification de la main-d'œuvre. Les implications financières étaient minimales puisque les avantages accrus ne concernaient que quatre membres du personnel.

250. Quant aux nominations continues, l'Assemblée générale avait demandé aux diverses organisations et agences de remettre à plus tard leur mise en œuvre au moins jusqu'en janvier 2010, suivant un examen de la gestion de la performance et d'autres facteurs. Par ailleurs, l'Assemblée générale de 2009 n'était arrivée à aucun consensus en la matière et le Secrétariat des Nations Unies avait été chargé de mettre au point un nouveau modèle pour les contrats continus aux fins de le présenter à la prochaine Assemblée générale lors du dernier trimestre de 2010. L'OPS continuerait donc à remettre la mise en œuvre des contrats continus.

251. Des changements avaient également été portés aux arrangements pour les consultants. Par le passé, une personne recrutée aux termes d'un contrat à court terme était considérée comme un membre du personnel de l'Organisation le temps de son contrat. À partir de janvier 2009, ce type de contrat avait été remplacé par le contrat de consultant de l'OPS, aux termes duquel les contractants ne sont plus jugés être membres du personnel. Toutes les autres formes de contrat hors personnel ont également été consolidées dans le cadre du nouveau type de contrat, favorisant ainsi une plus grande constance et équité au niveau du salaire et des avantages divers.

252. La Directrice a observé que l'OPS, suite à la demande de l'Assemblée générale et à la décision du Comité exécutif, n'avait pas encore adopté les contrats continus, mais par contre d'autres organismes des Nations Unies, y compris l'OMS, l'avaient déjà fait. Le BSP suivait de près l'expérience de ces organismes. En un temps de réduction des ressources financières, l'adoption des contrats continus pouvait s'avérer parfois une

charge. Certaines organisations avaient même choisi de licencier du personnel plutôt que de leur donner un contrat continu. Le Bureau continuerait à suivre la situation.

253. Si l'adoption du nouveau type de contrat de consultation était avantageuse du point de vue souplesse et équité, il n'était pourtant pas non plus dénué de difficultés. Le Bureau avait travaillé en coopération avec l'Association du personnel de l'OPS/OMS et, dans des cas où intervenaient les lois locales du travail, avec le gouvernement concerné pour vérifier que tout le personnel était traité de manière équitable.

254. Le Comité exécutif a pris note du rapport.

Déclaration du Représentant de l'Association du personnel de l'OPS/OMS (document CE146/31)

255. Mme Pilar Vidal (Représentante de l'Association du personnel de l'OPS/OM) a mis en relief les questions que l'Association du personnel souhaitait porter à l'attention du Comité. On avait effectivement réussi à améliorer les conditions de travail au sein de l'Organisation, bien que la direction du BSP et l'Association du personnel doive maintenir une relation de travail proactive pour faire progresser leur programme de travail. L'Association jugeait qu'il était capital que le personnel participe aux processus touchant aux ressources humaines et ne devait nullement être vue comme enfreinant sur l'autorité de la direction à laquelle revient la responsabilité finale des décisions afférentes au personnel.

256. Cette dernière année, l'Association du personnel avait travaillé conjointement avec la direction sur divers thèmes dont les arrangements contractuels, le bien-être du personnel, le développement et la formation du personnel, la gestion de la performance le système d'intégrité et de gestion du conflit et d'autres aspects. Des progrès ont été faits mais certains problèmes n'ont pas entièrement été résolus. Il fallait consolider le système d'intégrité et de gestion des conflits pour assurer le droit à la défense, le droit à une procédure légale, l'accès rapide au système de justice interne et l'obtention de décisions dans un délai raisonnable.

257. Dans le domaine des arrangements contractuels, l'Association du personnel était d'avis que l'Organisation devait remplir la mission confiée par la 144^e session du Comité exécutif lui devant d'adopter les nominations continues et aligner ainsi la politique de l'OPS sur celle de l'OMS. L'Association du personnel recommandait vivement à l'Organisation de continuer à fournir des occasions de développement professionnel pour le personnel. A cet égard, l'Association du personnel pensait que la pratique de rappeler des membres du personnel partis à la retraite pour qu'ils assument temporairement des positions d'encadrement privait l'Organisation de la possibilité de développer les

compétences d'un personnel plus jeune et n'incitait guère le personnel à vouloir aller de l'avant.

258. L'Association savait gré de la confiance placée dans le personnel et renouvelait son engagement à travailler pour atteindre les buts de l'Organisation et de ses États membres dans le domaine important de la coopération internationale en santé.

259. La Directrice a remercié l'Association du personnel pour son dévouement à l'Organisation et tout notamment pour l'appui apporté au personnel du Chili et d'Haïti où les conditions de travail continuent à être difficiles. Elle était au courant des préoccupations du personnel à propos de la réforme contractuelle et cherchait la meilleure voie à suivre. Tel qu'elle l'avait indiqué auparavant (voir paragraphe 254 ci-dessus), les décisions prises en la matière dans les Nations Unies et à l'OMS entraînaient des problèmes, et notamment des difficultés financières car les fonds dont on avait besoin pour exécuter la réforme contractuelle n'étaient pas toujours disponibles. Et le plus important est l'impact que cela aurait sur la sécurité de l'emploi. Un grand nombre de personnes perdront leur travail suite à la réforme et il fallait faire la part des choses entre les meilleures options vérifiant que l'Organisation ait la meilleure qualité du personnel et puisse continuer à assumer son rôle au niveau de la coopération technique sans avoir recours à des types de contrat qui n'étaient pas conformes au principe d'un « travail décent » tel que défini par les Nations Unies. C'est une question à laquelle elle continuerait à prêter la plus grande attention.

260. Le Comité exécutif a pris note de la présentation.

Questions d'information

Budget programme de l'OMS 2008-2009 : rapport sur l'appréciation de l'exécution (document CE146/INF/1)

261. Le Dr Mohamed Abdi Jamas (Sous-Directeur général, Administration, OMS) a présenté le rapport sur l'évaluation du budget programme de l'OMS 2008-2009 qui a évalué la performance du Secrétariat de l'OMS en vue d'atteindre les résultats escomptés sur l'ensemble de l'Organisation, figurant dans le Budget programme 2008-2009. Le rapport présente également les progrès et les principaux accomplissements en relation avec les objectifs stratégiques fixés dans le Plan stratégique à moyen terme 2008-2013. Il brosse en plus un récapitulatif financier, dégage l'enseignement retiré ainsi que les défis se rapportant à chaque objectif stratégique.

262. Il a noté que le rapport marquait la première fois qu'une évaluation de la performance était présentée dans l'année immédiatement suivant l'exercice biennal

auquel elle se rapportait : par le passé, de tels rapports avaient généralement été présentés une année entière plus tard. Avant la publication, le rapport a été revu par des collègues au sein du personnel de l'OMS qui n'avaient pas pris à la rédaction initiales. Il avait également été revu par certains États membres.

263. Pour chaque objectif stratégique, le rapport d'évaluation présentait les points saillants des progrès réalisés par les États membres ainsi que de leurs accomplissements et notait de quelle manière le Secrétariat de l'OMS avait contribué à l'obtention de ces résultats. Il a insisté sur le fait que l'essence de la réussite émanait des propres plans et programmes nationaux des États membres : l'OMS se voyait comme un partenaire de ces programmes et ne cherchait pas à leur imposer des actions ou des obligations.

264. Chaque résultat escompté sur l'ensemble de l'Organisation a été évalué en fonction de l'échelle suivante : entièrement atteint, partiellement atteint ou pas atteint, suivant que tous, certains ou aucun des indicateurs avaient été satisfaits ou surpassés. Si un résultat escompté particulier n'avait pas été atteint dans toutes les régions, l'Organisation entière aurait un classement indiquant qu'elle n'avait que partiellement atteint ce résultat. Par ailleurs, lors des réunions des comités régionaux en septembre et en octobre, l'OMS présentera les résultats individualisés pour chaque région. Sur les 81 résultats escomptés sur l'ensemble de l'Organisation, 42 avaient été entièrement atteints et 39 avaient été partiellement atteints. Aucun n'avait été noté comme « Non Atteint ».

265. Le rapport a également indiqué si les ressources nécessaires pour atteindre chaque objectif stratégique avaient effectivement été mobilisées. La distribution du financement parmi les objectifs stratégiques ou l'alignement entre ressources et priorités restait très problématique pour l'OMS. La majeure partie du financement était strictement réservée à un programme de recherche spécifique ou des interventions de lutte contre une maladie spécifique et l'Organisation n'avait donc les coudées libres pour utiliser les ressources telles qu'elle le jugeait nécessaire.

266. Au titre de l'enseignement retiré de l'évaluation, on a noté que des objectifs ambitieux et déterminés dans le temps tels que les objectifs du Millénaire pour le développement et la création de mécanismes de financement comme le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme ont généré des ressources considérables et ont dirigé l'attention sur la réalisation des objectifs. L'évaluation a également mis en avant la nécessité de renforcer les systèmes de santé. C'est le manque de ressources suffisantes pour les systèmes de santé et la précarité de la gouvernance sanitaire qui sont responsables en grande partie de la non réalisation de plusieurs des objectifs. Par ailleurs, l'exercice biennal 2008-2009 a connu un solide renouveau de l'engagement face aux valeurs et principes des soins de santé primaires dans toutes les régions, et c'est de bon augure pour l'avenir.

267. La Directrice a observé que tant l'OPS que l'OMS se trouvaient au milieu d'une transition, allant vers la gestion axée sur les résultats, et qu'il fallait affiner les méthodes de sélection et de mesure de la réalisation des indicateurs et la notification des résultats pour rendre compte adéquatement des résultats aux États membres.

268. La Directrice convient elle aussi que c'est un obstacle aux progrès, tant à l'échelle mondiale que régionale, que les ressources des donateurs soient engagées pour tel domaine ou tel programme particulier. Il est particulièrement préoccupant de noter que certains des objectifs stratégiques, retenus comme priorités par les États membres, n'ont pas été atteints car il n'a pas été possible de mobiliser les ressources nécessaires. Tel est notamment le cas des maladies chroniques, de la santé environnementale et du changement climatique, et même de certains objectifs stratégiques se rapportant aux Objectifs du Millénaire pour le développement, tels que ceux dans le domaine de la santé maternelle et infantile.

269. La Directrice notait également une reconnaissance croissante du besoin de renforcer les systèmes de santé et une disposition plus grande de la part des organes de financement à reconnaître l'importance de disposer de solides systèmes et services qui sont capables de répondre à la pléthore de défis qui se présentent en santé publique. Un investissement de taille s'était avéré nécessaire dans la lutte contre les maladies transmissibles, au vu de la pandémie du H1N1 en 2009 et d'autres événements récents et il était évident qu'une réponse adéquate aux urgences de santé publique demanderait également un investissement continu dans le développement des systèmes de la santé.

270. Le Comité exécutif a pris note du rapport.

Cadre de gestion fondée sur les résultats de l'OPS (document CE146/INF/2)

271. L'Honorable Dr. Douglas Slater (Représentant du Sous-comité de programme, budget et administration) a fait savoir que le Sous-comité avait été informé des progrès du Secrétariat concernant l'application de la gestion basée sur les résultats dans le cadre des quatre composantes du cadre OPS de la gestion basée sur les résultats: premièrement, la planification, deuxièmement, la mise en œuvre et le suivi et évaluation de la performance, troisièmement, l'évaluation et l'apprentissage indépendants et quatrièmement, la redevabilité. Le Sous-comité avait félicité le Secrétariat des progrès qui ont été accompli jusqu'à présent au niveau de la gestion basée sur les résultats, surtout dans le domaine de la planification, et l'a encouragé à continuer à renforcer les autres aspects du cadre, notamment la composante de la redevabilité. On a souligné l'importance du suivi et de l'évaluation continus visant à renforcer tant la gestion basée sur les résultats et la performance organisationnelle générale et on a félicité la Directrice pour sa décision de demander au Bureau des services de supervision et d'évaluation internes de faire un examen de l'enseignement retiré jusqu'à présent du processus de

gestion basée sur les résultats. On a également retenu l'importance de se donner des indicateurs pertinents pour mesurer les résultats.

272. Le Sous-comité a fait un certain nombre de commentaires et de suggestions sur les aspects particuliers du cadre et sur le rapport concernant ce point de l'ordre du jour. On a proposé, par exemple, d'ajouter des définitions de plusieurs termes au glossaire. Concernant la politique des lettres d'accord décrite dans le rapport, les délégués ont demandé s'il y avait des arrangements autres que les lettres d'accord pour la coopération avec les pays, s'il existait un protocole pour la négociation des lettres d'accord et si la politique répondait aux recommandations du Commissaire aux comptes externe liées aux lettres d'accord.

273. Le Dr Isaías Daniel Gutiérrez (Gérant, Planification, budget et coordination de ressources, BSP) a récapitulé ensuite le contenu du document CE146/INF/2, notant qu'il intégrait à présent les commentaires et les suggestions reçus par les membres du Sous-comité. Il a revu les éléments fondamentaux de la gestion basée sur les résultats et les quatre composantes du cadre de l'OPS et a ébauché les activités en cours dans le cadre de chaque composante. Il a noté que la composante de la planification était entièrement alignée sur l'Agenda de santé pour les Amériques 2008-2017 et sur le Plan stratégique à moyen terme de l'OMS 2008-2013. Concernant la dernière composante, la redevabilité, il a noté qu'une politique sur la délégation des pouvoirs avait été formulée. Cette politique est donnée en Annexe D du document. Le Bureau continuerait à mettre à jour régulièrement les Organes directeurs sur ses progrès au niveau de l'application de la gestion basée sur les résultats.

274. Dans la discussion qui a suivi, on a félicité le Bureau pour ses progrès au niveau de l'application de la gestion basée sur les résultats et pour ses efforts en vue d'assurer des liens entre le cadre de l'OPS et les cadres stratégiques plus vastes, comme l'Agenda de santé pour les Amériques et le Plan stratégique à moyen terme de l'OMS. La Déléguée du Canada, notant que son Gouvernement avait contribué \$18 millions pour soutenir le renforcement institutionnel au sein de l'Organisation, a encouragé le Bureau à s'assurer que les bureaux de l'OPS aux niveaux national et sous-régional acquièrent la même capacité que le Siège pour appliquer la gestion fondée sur les résultats. Elle a également vivement recommandé au Bureau de vérifier qu'il disposait des ressources et de la capacité nécessaires pour collecter et analyser les données servant à établir des jalons initiaux et à mesurer le changement dans le temps.

275. Les politiques présentées dans les annexes au document ont été bien accueillies, surtout celles sur la délégation des pouvoirs, habilitant les managers et celles sur la coordination des ressources, permettant le transfert des ressources entre les entités au sein de l'Organisation et entre les objectifs stratégiques retenues dans le Plan stratégique 2008-2012. On a remarqué que la mise en œuvre de la politique sur la délégation des

pouvoirs demanderait un élément de changement culturel au sein de l'Organisation et le Bureau a été prié de fournir une information sur la manière dont serait appliquée la politique et comment elle serait reçue par les managers. On a signalé que le Plan stratégique comportait de nombreux résultats escomptés sur l'ensemble de la Région pour lesquels les États membres partageaient la responsabilité avec le Bureau et on a suggéré de réduire progressivement ces résultats escomptés à un nombre plus gérable.

276. Le Dr Gutiérrez a noté que le Plan stratégique avait déjà été amendé une fois à la suggestion des Organes directeurs et que le nombre des indicateurs ciblés avait grandement été diminué suite à cet amendement. Le Bureau continuera à ajuster les indicateurs pour tenir compte des circonstances changeantes dans les États membres. Le Bureau fera régulièrement le point sur la mise en œuvre de la politique concernant la délégation des pouvoirs et les autres politiques et composantes du cadre de gestion basée sur les résultats. Il a également fait savoir que le Bureau avec le soutien du Gouvernement du Canada était en train de mettre au point un stage de formation interactive aux fins de vérifier que le personnel à tous les niveaux de l'Organisation avait une même connaissance des principes de la gestion basée sur les résultats.

277. La Directrice a fait savoir que la mise en œuvre de la gestion basée sur les résultats avait exigé que soient mis au point et appliqués un certain nombre d'instruments et de cadres conceptuels, dont la valeur n'était pas contestée mais qui s'étaient pourtant avérés très complexes et qui avaient demandé beaucoup de temps au personnel. Le Bureau cherchait à trouver le bon équilibre dans l'emploi du temps du personnel pour que le temps consacré à des tâches liées à la gestion basée sur les résultats ne prenne pas trop sur le temps devant être consacré à la mission première de l'Organisation, à savoir la coopération technique avec les États membres. Le processus d'application de la gestion basée sur les résultats, dont un aspect est celui de la modernisation du système d'information en gestion du BSP (voir paragraphes 60 à 79 ci-dessus), s'est également avéré très onéreux. Elle espérait que d'autres pays suivent l'exemple du Canada et apportent eux aussi une aide financière à l'Organisation pour la soutenir dans ses efforts de renforcement des systèmes et pour apporter la formation nécessaire pour garantir une gestion efficace basée sur les résultats.

278. Le Comité exécutif a pris note du rapport.

Système a l'intégrité et de gestion des conflits à l'OPS (document CE146/INF/3)

279. L'Honorable Dr Douglas Slater (Représentant du Sous-comité de programme, du budget et de l'administration) a indiqué que le Sous-comité avait pris connaissance d'un rapport de progrès sur la mise en œuvre du Système pour l'intégrité et la gestion des conflits au sein de l'OPS qui comprend le Code des principes d'éthique et conduite déontologique, le programme sur les harcèlements sur les lieux du travail, une déclaration

des programmes d'intérêt et un programme de confidentialité et de divulgation. On avait informé le Sous-comité qu'un site web avait été mis en place pour guider le personnel en ce qui concerne le Système d'intégrité et de gestion des conflits à l'OPS. Le Sous-comité avait noté avec satisfaction le solide programme du BSP traitant des questions relatives à l'éthique, à l'intégrité et à la gestion des conflits et avait demandé si d'autres agences des Nations Unies avaient adopté une approche analogue consistant à rassembler en un seul système les divers aspects connexes. Le Sous-comité avait également demandé si des directives étaient données aux membres du personnel pour choisir le meilleur point d'entrée dans le Système pour l'intégrité et la gestion de conflits ou si le personnel devait décider par lui-même.

280. En réponse aux questions du Sous-comité, M. Philip MacMillan (Manager, Bureau de l'éthique, BSP) a indiqué que l'OPS semble détenir une position unique dans le sens où elle combinait en un seul système l'intégrité et la gestion des conflits. Il espérait qu'un réseau de bureaux d'éthique pouvait être mis en place sur l'ensemble du système des Nations Unies pour partager l'information et les meilleures pratiques. Il avait expliqué qu'il était important que le personnel puisse accéder au système à n'importe quel niveau auquel il est à l'aise et que le but du site web était d'aider le personnel à comprendre chaque ressources dans le Système, du point de vue confidentialité, autorité et capacité décisionnelle.

281. Suivant l'introduction du Dr Slater de ce point de l'ordre du jour, M. MacMillan a informé le Comité qu'en plus de l'information donnée au Sous-comité, le document CE146/INF/3 apportait également des détails sur le travail du Comité de coordination du Système pour l'intégrité et la gestion des conflits dont le rôle était de vérifier que le Système fonctionnait efficacement ainsi que de proposer de nouvelles politiques et procédures en vue de le renforcer. Le Comité de coordination du Système pour l'intégrité et la gestion des conflits avait pris récemment pour initiative d'examiner le système du BSP pour l'administration de la justice, notamment les procédures que devraient suivre les membres du personnel pour contester une décision administrative ou disciplinaire prise contre eux. L'examen visait à s'assurer que l'administration du système de justice était indépendante, robuste et professionnelle et qu'elle entrait en fonction en temps voulu. Le rapport de cet examen était en train d'être revu par le Comité de coordination du Système pour l'intégrité et la gestion des conflits. Il devra être présenté à la Directrice en juillet. Lors d'une réunion récente des responsables de l'éthique provenant de toutes les organisations des Nations Unies, le Dr Slater avait demandé l'avis de ses collègues pour savoir si l'approche du BSP était conforme à la pratique adoptée dans d'autres organisations et tel semblait bien être le cas.

282. La Directrice a indiqué que le Bureau tenait à ce que les managers dans différents domaines, pas simplement ceux de la résolution des conflits et de l'administration de la justice, travaillent en collaboration avec leurs collègues dans d'autres organisations, tant

dans les Nations Unies que dans les systèmes interaméricains. Cette collaboration s'est surtout faite par voie de réseaux électroniques bien que des réunions face à face aient également été organisées. De telles rencontres sont importantes car elles facilitent le partage d'expériences et de meilleures pratiques et aident à vérifier la constance et régularité des pratiques sur l'ensemble du système international. Elles contribuent également au développement professionnel du personnel impliqué et rehaussent donc les services que l'Organisation dispense aux États membres.

283. Le Comité exécutif a pris note du rapport.

Préparatifs pour la table ronde sur l'urbanisme et une vie saine (document CE146/INF/4)

284. Le Dr Luiz Galvão (Gérant, Développement durable et santé environnementale, BSP), introduisant ce point de l'ordre du jour, a indiqué que l'urbanisme et une vie saine représentaient le thème de la Journée mondiale de la Santé en 2010 ainsi que d'un certain nombre d'autres activités dans le système des Nations Unies. La table ronde sur l'urbanisme et la vie saine se tiendra lors du 50^e Conseil directeur. Y assisteront des représentants d'autres organismes de santé et du monde universitaire. Le Dr Jacob Kumaresan, Directeur du Centre de l'OMS pour le développement de la santé (Centre Kobe de l'OMS) a également confirmé qu'il assisterait à la table ronde. Celle-ci suivra le modèle habituel avec un ou deux présentateurs clés et quatre panels de discussion, suivie par une réunion plénière dans le cadre de laquelle seront présentés les résultats et les conclusions des panels. Le Bureau était en train de préparer un document pour guider les discussions, document qui sera probablement disponible en juillet.

285. Le Comité exécutif a pris note du rapport.

30^e anniversaire de l'éradication de la variole et de la création du Fonds renouvelable de l'OPS pour l'achat de vaccins (documents CE146/INF/5 et CE146/INF/5, Corr.)

286. Le Dr Cuauhtémoc Ruiz Matus (Conseiller principal, Immunisations familiales complètes, BSP) a informé le Comité que le Bureau avait proposé d'organiser une célébration lors du 50^e Conseil directeur pour reconnaître les milliers d'agents de santé et volontaires communautaires qui avaient œuvré pour rendre possible l'éradication de la variole et pour reconnaître la contribution du Fonds renouvelable de l'OPS pour l'achat de vaccins à la santé publique et à la réussite du Programme élargi de vaccination pour la Région des Amériques. Il a noté qu'une commémoration analogue de l'éradication de la variole était prévue lors de la soixante-troisième Assemblée mondiale de la Santé en mai 2010. Les détails des activités prévues figurent dans le Document CE146/INF/5.

287. La Directrice a indiqué que la célébration était prévue le mardi après midi de la semaine du Conseil directeur. Le buste d'Edward Jenner, prêté par la Fondation Jenner sera dévoilée lors de la célébration, Le Bureau coordonnait également avec la Bibliothèque nationale de médecine des États-Unis et avec l'Institut Smithsonian pour organiser des activités parallèles dans la région de Washington, D.C., pour commémorer l'éradication de la variole.

288. Le Comité exécutif a avalisé la proposition de la célébration.

Rapports d'avancement sur les questions techniques (documents CE146/INF/6, Rév. 1–A, B, C, D, E, F, and G)

Mise en œuvre du Règlement sanitaire international (2005) (document CE146/INF/6, Rév. 1-A)

289. Le Président a attiré l'attention sur le rapport d'avancement contenu dans la partie A du document CE146/INF/6, Rév. 1, et a déclaré ouverte la discussion.

290. Le Comité a félicité l'OPS pour l'assistance que l'Organisation a apportée aux États membres concernant la mise en œuvre du Règlement sanitaire international (2005) et a noté avec satisfaction les progrès réalisés jusqu'à présent. Par ailleurs, le Comité a également noté que le Règlement n'était pas encore entièrement mis en œuvre dans tous les États et il recommandait vivement à l'OPS de continuer ses efforts pour vérifier que tous les pays et la Région puissent répondre à leurs obligations dans le cadre du Règlement d'ici juin 2012. Les délégués ont souligné l'importance d'une coordination intersectorielle au niveau national et une collaboration étroite ainsi qu'un partage ouvert et transparent de l'information au niveau international pour répondre efficacement aux risques de santé publique qui pouvaient devenir des urgences de santé mondiale. Un délégué a attiré l'attention sur la nécessité pour les États fédéraux de vérifier une bonne coordination entre les pouvoirs nationaux de la santé et les autorités sous-nationales.

291. On a également souligné la nécessité de combler les lacunes dans les préparatifs et la réponse aux pandémies. Plusieurs délégués ont noté que la pandémie du H1N1 en 2009 avait servi de test du Règlement et en avait démontré son efficacité. Par ailleurs, la pandémie avait également fait ressortir plusieurs domaines devant être renforcés dont les communications avec les médias, la formation des ressources humaines et la coordination entre le secteur de la santé et d'autres secteurs participant à la surveillance dans les points d'entrée et en réponse aux urgences. Le Comité a insisté sur le besoin d'un soutien continu de l'OPS dans ces domaines et l'examen et modernisation de la législation nationale pour la rendre conforme aux conditions et stipulations du Règlement.

292. Les délégués ont affirmé à nouveau l'engagement de leur gouvernement à appliquer intégralement le Règlement et à faire le point régulièrement en la matière. Plusieurs délégués ont également mentionné la formation et d'autres activités se déroulant au niveau sous-régional visant à accélérer cette mise en œuvre, notamment dans le cadre du Marché commun du Sud (MERCOSUR) et de l'Union des Nations de l'Amérique du Sud (UNASUR).

293. Le Dr Sylvain Aldighieri (Conseiller principal, Règlement sanitaire international, BSP) s'est montré d'accord pour dire que l'expérience concernant la pandémie (H1N1) en 2009 dans la Région avait effectivement été un test de terrain pour le Règlement sanitaire international (2005), remarquant que le test s'était fait alors que l'évaluation des capacités centrales des pays n'avaient pas encore été achevée. La pandémie avait également fait ressortir l'importance du dialogue continu entre les points focaux nationaux et l'OPS en sa capacité de point de contact régional pour l'OMS. Faisant ressortir l'importance des réseaux nationaux et sous-régionaux, il a noté que MERCOSUR tout notamment avait mis au point des outils utiles pour évaluer les capacités de surveillance et de réponse et que ces outils ont été adaptés et utilisés par d'autres pays. Des retards ont été pris dans l'exécution des évaluations des capacités centrales dans les points d'entrée mais on progresse sur la bonne voie et le BSP continue d'apporter un soutien proactif aux pays pour les aider à achever leurs évaluations. Divers États membres apportent également une assistance à cet égard. Par exemple, un expert de l'Espagne travaille avec le BSP au niveau régional et un autre expert prête main forte aux pays des Caraïbes orientales. De plus, l'expérience acquise au Brésil et dans le reste de l'Amérique latine sert actuellement à la formation des professionnels de pays africains parlant le portugais et de Timor-Oriental.

294. La Directrice a remercié les pays qui ont apporté un soutien financier à la mise en œuvre du Règlement et aux préparatifs en cas de pandémie. Ce soutien a permis de renforcer nettement la réponse régionale à la pandémie (H1N1) en 2009 et facilitait grandement la phase actuelle de la mise en œuvre du Règlement qui cherchait essentiellement à vérifier que les capacités centrales existaient à tous les niveaux et dans toutes les parties des pays, y compris dans les zones rurales. Concernant la modernisation de la législation, elle a annoncé que le cadre servant à la mise en œuvre du Règlement mentionné dans le paragraphe 16 du rapport d'avancement était à présent disponible.

295. Le Comité a pris note du rapport.

Mise à jour sur la grippe pandémique (H1N1) 2009 (document CE146/INF/6, Rev.1-B)

296. Le Président a attiré l'attention sur le rapport d'avancement contenu dans la partie B du document CE146/INF/6, Rev. 1, et a déclaré ouverte la discussion.

297. Le Comité a félicité l'OPS sur le leadership que l'Organisation a exercé en organisant la réponse régionale à la pandémie (H1N1) 2009 et a exprimé sa reconnaissance pour le soutien que les pays avait reçu pour affronter la pandémie. Les délégués ont insisté sur l'importance d'utiliser à présent l'expérience et l'enseignement acquis pour renforcer la planification et consolider les capacités pour répondre aux futures urgences de santé publique. On a indiqué que l'enseignement retiré de la pandémie dans la Région devrait également être pris en compte par le Comité d'examen du Règlement sanitaire international de l'OMS. Il est en effet important de revoir les plans nationaux de préparatifs à la pandémie et de mettre en place des centres nationaux de grippe dans tous les pays de la Région. Un délégué a fait ressortir le besoin de forger une étroite coordination entre les ministères de la santé et les ministères de l'agriculture pour combler la lacune entre les activités de surveillance et de dépistage des maladies humaines et animales et organiser les réponses aux flambées de cas pour les deux.

298. La Déléguée du Brésil a indiqué que le paragraphe 25 du rapport devrait être revu pour tenir compte du fait que le Brésil, et peut-être d'autres pays également, comptait des plans opérationnels pour ses principaux points d'entrée et avait communiqué les alertes dès qu'il les avait reçues de l'OMS et de l'OPS. Concernant les retards pris sur les délais dont il est question dans le paragraphe, elle a indiqué que ces retards sont dus au fait que lors du premier mois de la pandémie, aucune directive n'avait encore été communiquée pour la confirmation de ces en laboratoire. C'est un aspect important dont il faut se rappeler, aussi bien en analysant la réponse à la pandémie (H1N1) 2009 qu'en planifiant les futures urgences. Le Déléguée de l'Espagne a annoncé que son gouvernement avait prévu de donner plus de 4,1 millions de doses de vaccins contre le H1N1 aux fins de distribution par l'OPS.

299. Le Dr Otavio Oliva (Conseiller, Maladies virales, BSP) a insisté sur le fait que les activités de préparatifs pour la pandémie ont été exécutées dans le cadre du Règlement sanitaire international (2005) et ont servi à renforcer les capacités centrales retenues par le Règlement. Si les niveaux de préparatifs avaient différé quelque peu d'un pays à l'autre, il n'en restait pas moins que la réponse régionale générale à la pandémie (H1N1) 2009 avait été exemplaire. La pandémie a dégagé moult enseignements qui ont été étudiés par des représentants de tous les pays de la Région lors d'une conférence réunie par l'OPS en septembre 2009. Le résultat de cette conférence a servi de fondement au plan de l'OPS pour l'exercice biennal actuel, visant à renforcer les préparatifs pandémiques en renforçant la surveillance et les capacités des laboratoires. Des efforts sont également faits pour renforcer la coordination entre les autorités de santé humaine et animale.

300. La Directrice a observé que la prochaine Réunion interaméricaine, au niveau ministériel, sur la santé et l'agriculture (RIMSA) qui se tiendra en 2011, présentera l'occasion de renforcer les partenariats entre les deux secteurs, not seulement en ce qui

concerne les maladies zoonotiques mais aussi dans les nombreux autres domaines où se recoupe la santé animale et humaine. Elle a exprimé sa reconnaissance pour les dons de vaccins annoncés par le Délégué de l'Espagne et a remercié tous les pays de la Région pour leur générosité et transparence en partageant l'information et les ressources lors de la pandémie (H1N1) de 2009. Notant que la grippe continuera à être un grave problème, elle a insisté sur le besoin pour tous les pays de la Région de rester vigilants et de ne pas relâcher leur garde.

301. Le Comité a pris note du rapport.

Plan d'action régional pour le renforcement du recueil des données d'état civil et de santé (document CE146/INF/6, Rév. 1-C)

302. Le Président a attiré l'attention sur le rapport d'avancement contenu dans la partie C du document CE146/INF/6, Rév.1, et a déclaré ouverte la discussion.

303. On a reconnu l'utilité du plan d'action en tant qu'outil aidant les États membres à améliorer la couverture et la qualité de leurs statistiques. Le Délégué de l'Argentine a noté que l'analyse situationnelle et le plan stratégique de son pays reposaient sur un cadre différent de celui de l'OPS/OMS, tel que le mentionnait le rapport, son plan d'action n'en cherchait pas moins à améliorer la qualité et la couverture des statistiques ainsi qu'à apporter une coopération technique aux pays voisins.

304. Mme Fátima Marinho (Coordinatrice de projet, information et analyse de santé, BSP) a indiqué que bons progrès étaient faits concernant le plan d'action. Elle a souligné l'importance de la disponibilité de statistiques ponctuelles et fiables, sans lesquelles il serait difficile d'évaluer et de suivre les progrès faits dans le cadre d'autres plans d'action mis en œuvre dans la Région. Le plan d'action serait renforcé par le Réseau du renforcement des systèmes d'information sanitaire qui venait d'être créé récemment et qui aiderait également à promouvoir la coopération horizontale parmi les pays de la Région.

305. La Directrice, faisant ressortir l'importance de bonnes données pour suivre les progrès faits vers la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement, était d'avis que la difficulté à obtenir des statistiques initiales serait probablement une question débattue lors du sommet spécial d'examen des Objectifs qui doit se tenir lors de la 65^e de l'Assemblée générale des Nations Unies en septembre 2010.

306. Le Comité a pris note du rapport.

Initiative régionale sur les données sanitaires de base et les profils de pays (document CE146/INF/6, Rév. 1-D)

307. Le Président a attiré l'attention sur le rapport d'avancement contenu dans la partie D du document CE146/INF/6, Rév. 1, et a déclaré ouverte la discussion.

308. La Déléguée du Mexique a affirmé le soutien continu de son pays pour l'Initiative régionale sur les données sanitaires de base et a indiqué qu'elle présenterait des commentaires détaillés par écrit sur le rapport d'avancement. Elle a fait plusieurs suggestions concernant l'information présentée dans le rapport d'avancement, recommandant notamment que les modifications au Système d'information de base sur les indicateurs de santé dont il est question dans le paragraphe 49 du rapport ne se limite pas aux aspects technologiques de la compilation et de la validation des données. Il était également important de renforcer les capacités nationales pour la génération des statistiques de santé, surtout dans les pays où existe un niveau élevé de sous-notification ou dans les pays où les données ne sont pas notifiées régulièrement. Elle a également proposé qu'un lien direct à l'Observatoire régional de santé publique soit donné à la page d'accueil du site web de l'OPS pour faciliter l'accès aux données essentielles de santé. Notant que l'information la plus récente sur le Mexique dans la section des profils de santé de la base de données sur les indicateurs (http://www.paho.org/english/dd/ais/cp_index.htm) concernait l'année 2000, elle a suggéré que les procédures de mise à jour de l'information soient revues et améliorées. En dernier lieu, elle a indiqué que l'assistance technique dont il est question au paragraphe 61 comporte également une assistance se rapportant à l'amélioration des statistiques nationales, à la formation des ressources humaines, au renforcement des capacités techniques et conceptuelles du personnel existant et à la modernisation des processus liés à la génération et à la diffusion des statistiques de santé. Elle a souligné que la formation du personnel du ministère de la santé était une composante essentielle des efforts de renforcement des données sanitaires essentielles et a noté que les Représentants de l'OPS/OMS assumaient une part capitale dans un tel soutien.

309. Mme Fátima Marinho (Coordinatrice du projet Information et analyse sanitaires, BSP), remerciant les délégués pour leurs commentaires et suggestions, a indiqué que l'initiative régionale sur les données sanitaires de base était étroitement reliée à l'initiative du renforcement des statistiques d'état civil et de santé. Elle a noté que si une grande quantité de données étaient générées dans la Région, la qualité pourtant de ces données n'était pas toujours très bonne. Le problème ne réside pas tant dans la collecte de données que dans leur traitement ultérieur. Une classification incorrecte des causes du décès était un problème particulièrement grave, causant des inexactitudes dans l'information contenue dans la base de données sur les indicateurs de santé. À l'évidence, il fallait former le personnel responsable du codage des causes de décès et il fallait

également former les médecins dont certains ne savaient pas comment remplir correctement un certificat de décès.

310. Il est également très important de renforcer le dialogue et la coordination entre le secteur de la santé et les instituts nationaux des statistiques pour vérifier que les systèmes nationaux de statistiques collectent des données, comme celles sur le poids à la naissance, qui sont important dans l'optique épidémiologique. De même, il fallait renforcer la coordination avec d'autres agences et organisations qui cherchaient à remédier aux problèmes de santé. Il fallait les convaincre de la nécessité d'investir dans le renforcement des systèmes d'information, surtout par le biais de la formation des ressources humaines, pour pouvoir améliorer la qualité des données de santé car en l'absence de données exactes, il serait difficile de concevoir des interventions efficaces ou de mesurer les progrès.

311. Le Comité a pris note du rapport.

Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac : opportunités et défis concernant sa mise en œuvre aux Amériques (document CE146/INF/6, Rev. 1-E)

312. Le Président a attiré l'attention sur le rapport d'avancement contenu dans la partie E of document CE146/INF/6, Rév. 1, et a déclaré ouverte la discussion.

313. Le Comité a félicité l'OPS pour les efforts que l'Organisation a déployés à soutenir les pays au niveau de l'application de la Convention-cadre. Plusieurs délégués ont fait des mises à jour sur les progrès de leur pays, mettant en évidence les mesures prises pour décourager l'utilisation du tabac et réduire l'exposition à la fumée, par le biais des prix et des mesures fiscales afin de réduire la demande pour les produits de tabac, de l'interdiction de fumer dans les immeubles publics et d'autres endroits, de l'emballage et conditionnement des produits de tabac et de l'interdiction sur les publicités, les promotions du tabac ainsi que les parrainages de l'industrie du tabac. Il faut également prêter attention aux aspects liés au genre, au vu de l'augmentation préoccupante de l'utilisation du tabac chez les filles. Le Délégué du Suriname a indiqué que l'Assemblée nationale dans son pays discuterait de la législation afférente au tabac pendant l'année courante et prévoit de la promulguer au début de 2011. Le Délégué de Saint Vincent et des Grenadines a informé le Comité que son Gouvernement doit ratifier sous peu la Convention Cadre sur la lutte antitabac, en septembre 2010, espère-t-on. La Déléguée du Canada a indiqué que son gouvernement collaborait avec d'autres pays à la rédaction de directives sur l'application des articles 9 et 10 de la Convention qui concernent la réglementation et la communication de l'information sur les produits de tabac. Les directives préliminaires, qui seront présentées à la session de novembre 2010 à la Conférences des Parties, présentent des recommandations sur la réglementation des ingrédients qui rendent les produits de tabac attirant pour les consommateurs, surtout pour les jeunes et sur les conditions connexes pour les fabricants et les importateurs. Son

Gouvernement se ferait un plaisir de partager ses connaissances et son expertise sur les directives et contrecarrer toute conception erronée dans le vue de contrer les efforts toujours plus vigoureux que déploie l'industrie du tabac pour prévenir leur adoption lors de la Conférence des Parties.

314. Le Dr Luiz A. Galvão (Gérant, Développement durable et santé environnementale, BSP) s'est montré encouragé par les progrès faits par les pays dans la lutte contre le tabac. Il était également heureux de noter la ratification prévue de la Convention-Cadre par Saint Vincent et les Grenadines, venant encore diminuer le nombre de pays de la Région qui n'ont pas ratifié la Convention : ils seront à présent de l'ordre de sept. En plus des progrès indiqués dans le paragraphe 67 du rapport, il était heureux de noter que les Etats-Unis d'Amérique avaient promulgué récemment la législation afférente à l'article 11 de la Convention-Cadre qui était entrée en vigueur en juin 2010. Le rapport serait mis à jour pour refléter ce fait.

315. La Directrice a insisté sur l'importance de redoubler d'efforts pour contrer les avancées de l'industrie du tabac cherchant à promouvoir le tabagisme parmi les femmes et les jeunes.

316. Le Comité a pris note du rapport.

Mise en œuvre de la Stratégie régionale et Plan d'action pour une approche intégrée de la prévention des maladies chroniques et de la lutte contre celles-ci, y compris l'alimentation, l'activité physique et la santé (document CE146/INF/6, Rév. 1-F)

317. Le Président a attiré l'attention sur le rapport d'avancement contenu dans la partie F du document CE146/INF/6, Rév. 1, et a déclaré ouverte la discussion.

318. Le Comité exécutif a noté avec satisfaction les progrès dans la mise en œuvre de la stratégie et du plan d'action, notant que la prise en charge des maladies chroniques demandait un effort continu et des ressources considérables. Le Comité pensait qu'un rôle important revenait à l'OPS en tant que coordinateur d'échange d'expérience et de meilleures pratiques. Il se pourrait, tel qu'on l'a remarqué, qu'une attention disproportionnée soit accordé aux maladies transmissibles, surtout les maladies sexuellement transmissibles, alors que l'épidémiologie a montré que les maladies chroniques non transmissibles représentaient pourtant la charge de morbidité la plus lourde de la Région. On a également proposé de formuler les indicateurs et les cibles dans le cadre des Objectifs du Millénaire pour le Développement afin de mesurer les progrès et avancées dans le combat contre les maladies chroniques non transmissibles, comme moyen d'accroître la reconnaissance sur le plan international de telles maladies comme priorité de santé publique et pour mobiliser les ressources nécessaires à la prévention et au contrôle.

319. Les Délégués ont affirmé leur soutien au principe de la Stratégie régionale voulant que la prévention des maladies et les interventions de dépistage précoce étaient efficaces par rapport aux coûts que le ciblage de multiples facteurs risques avait bien plus de chances de réussir que les stratégies à orientation plus étroite. On a noté que les efforts de changement de style de vie dans une direction plus saine pouvaient être démarrés par le gouvernement bien qu'il restait indispensable que la communauté les adopte et les applique et qu'à cet effet devaient intervenir les dirigeants communautaires, les enseignants, les médecins, les infirmières et les parents. On a également proposé que les recommandations sur le marketing des aliments et des boissons non alcoolisées aux enfants adoptées lors de la 63^e Assemblée mondiale de la Santé soient envisagées dans la stratégie de l'OPS.

320. Plusieurs membres du Comité exécutif ont décrit des projets mis en œuvre dans leur pays en vue d'appliquer la stratégie et le plan d'action. De tels projets concernaient le renforcement de la surveillance épidémiologique des maladies chroniques non transmissibles, la réorientation des services de santé vers la prévention et le contrôle des maladies chroniques, les campagnes antitabac, les campagnes anti-alcool, la promotion d'un régime alimentaire sain lors d'événements communautaires, les actions réglementaires visant à éliminer les graisses, le sucre et le sel excessifs dans les aliments, la promotion de périodes d'exercice physique pendant la journée de travail, les campagnes de perte de poids et de mise en forme, la construction de gymnastiques et l'organisation d'événements sportifs, la promotion de l'allaitement maternel exclusif, les programmes de santé scolaire et autres mesures visant à réduire l'obésité infantile et les programmes de réduction des accidents de la route et la prévention de la violence.

321. Le Délégué d'Aruba a proposé que le Forum panaméricain sur l'obésité se tienne en 2011 et a fait savoir que son pays serait ravi d'en être l'hôte.

322. Le Dr James Hospedales (Conseiller principal, Prévention et contrôle des maladies chroniques, BSP) a remercié les membres du Comité d'avoir partagé leurs expériences dont certaines étaient entendues pour la première fois par le BSP et qui méritaient d'être montrées comme modèles. Il est évident que la solution au problème des maladies chroniques résidait largement en dehors du secteur de la santé bien que ce dernier ait un rôle important à jouer au niveau de la collecte de données, du plaidoyer, du suivi et de l'évaluation. Tel que le note le rapport, la prévalence de l'obésité continuera à grimper, ce qui entraînera un accroissement des cas de diabète, des maladies cardiovasculaires et des cancers. Aussi, est-ce une réelle priorité de santé publique pour les pays de la Région. Dans certains pays, l'obésité a même été déclarée un problème de sécurité nationale car un si grand nombre de jeunes gens ne pouvaient pas aller au service militaire à cause de leur poids excessif. Les maladies chroniques touchaient pareil les pays développés et les pays en développement mais les enquêtes ont montré clairement que, dans tous les pays, le tabagisme et l'abus d'alcool ainsi que les problèmes liés au

poids excessif et à l'obésité étaient plus répandus parmi les pauvres et la proportion non éduquée de la population. Aussi, les maladies chroniques devenaient-elles aussi un problème d'équité.

323. Il espère que tous les délégués enjoindront leurs dirigeants de haut niveau à venir assister à la réunion de haut niveau sur la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles dont les Nations Unies seront l'hôte en 2011.

324. La Directrice a fait savoir que l'Organisation avait réussi à placer le thème sur de nombreux programmes internationaux, attirant l'attention des gouvernements, du secteur privé, des ONG et des associations professionnelles ainsi que des associations des patients et des familles. Aussi, existait-il un solide réseau de soutien pour continuer à déployer des efforts sur ce front. De fait, en s'attaquant au problème des maladies chroniques, le secteur de la santé pourrait bien trouver des alliés inattendus, comme l'armée, dont avait fait mention le Dr Hospedales, et l'industrie de l'aviation, qui devait concevoir de nouveaux sièges pour les passagers plus volumineux. Ce sont des exemples montrant comment les problèmes des maladies chroniques touchent chaque aspect de la société.

325. Concernant le commentaire sur les indicateurs, l'Organisation était en train de demander que soit ajouté un indicateur sur les maladies chroniques à l'Objectif 6 du Millénaire pour le développement : "Combattre le VIH/SIDA, la tuberculose et d'autres maladies." Quant à la proposition du Ministre de la Santé d'Aruba, le Bureau étudiera les possibilités d'organiser un tel forum.

326. Le Comité a pris note du rapport d'avancement.

Elimination de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale (document CE146/INF/6, Rév. 1-G)

327. Le Président a attiré l'attention sur le rapport d'avancement contenu dans la partie G du document CE146/INF/6, Rév. 1, et a déclaré ouverte la discussion.

328. Le Comité a noté avec satisfaction les progrès faits par la Région en vue d'éliminer la rubéole et le syndrome de rubéole congénitale mais s'est montré préoccupé par la menace que représentent les cas importés de la maladie, surtout au vu des déplacements effectués en Afrique pour assister à la Coupe du monde de football. On a souligné la grande importance d'une surveillance continue. A cet égard, on a noté que la présence de cas sous-cliniques non dépistés pouvait entraîner une sous-estimation de la véritable incidence de la rubéole. Certains délégués ont indiqué que des campagnes anti-vaccination avaient été mises sur pied dans leur pays par des groupes invoquant des liens entre le vaccin contre la rougeole-oreillons-rubéole et l'autisme, un mythe qu'on avait

écarté avec certitude. Ils ont insisté sur le fait que les responsables de la santé doivent prendre rapidement des mesures pour contrecarrer de tels efforts pour vérifier que soient maintenus des niveaux élevés de couverture vaccinale.

329. Le Dr Cuauhtémoc Ruiz Matus (Conseiller principal, Vaccination familiale intégrale, BSP) a indiqué qu'il était essentiel de maintenir la couverture vaccinale à 95% ou plus, à tous ces niveaux pas simplement au niveau national. Il était indispensable de maintenir la surveillance épidémiologique, d'enquêter tous les cas soupçonnés et de vérifier l'accès à un diagnostic dans les meilleurs délais. Il rappelle tous les nombreux héros anonymes qui ont contribué à la réussite de l'élimination de la rubéole dans la Région.

330. La Directrice, exprimant sa satisfaction face à la réussite de la Région, a indiqué qu'il s'agissait à présent d'encourager les dirigeants politiques dans d'autres régions à traiter les problèmes qui entravent les progrès faits au niveau de l'élimination mondiale de la maladie et de la réalisation des buts de l'éradication. L'Europe semble notamment être la source de la plupart des rumeurs anti-vaccination. Il est également important de contrecarrer la propagation d'informations erronées dans les médias d'actualité. Elle a noté que les rumeurs entre les vaccins et l'autisme avaient été diffusés largement par les médias alors que la décision du Conseil médical britannique en vue de révoquer la licence médicale d'Andrew Wakefiel, médecin responsable de ces rumeurs, n'avait pas fait l'objet que d'une faible couverture.

331. Le Comité a pris note du rapport.

Résolutions et autres actions d'organisations intergouvernementales revêtant un intérêt pour l'OPS : 63^e Assemblée mondiale de la Santé (document CE146/INF/7)

332. Le Juan Manuel Sotelo (Gérant, Relations externes, mobilisation des ressources et partenariats, BSP) a fait le compte rendu des résolutions et autres actions de la 63^e Assemblée mondiale de la Santé et de la 127^e session du Comité exécutif de l'OMS, revêtant un intérêt particulier pour les Organes directeurs de l'OPS. Il a remarqué que le document respectif contenait des tableaux indiquant les activités de l'OPS auxquelles se rapportait chaque résolution ou action.

333. Dans la discussion qui s'en est suivie, on a indiqué que le rapport n'avait fait aucune mention de la décision de l'Assemblée de la santé concernant les médicaments contrefaits (Décision WHA63(10)) et on proposé d'inclure cette information au rapport qui sera préparé pour le 50^e Conseil directeur.

334. Le Délégué de l'Argentine, rappelant que les représentants d'un grand nombre de pays des Amériques, durant la 63e Assemblée mondiale de la Santé, avaient insisté sur le besoin de discuter des procédures évaluant la sécurité et l'efficacité des médicaments existants, a proposé qu'un point soit inclus à l'ordre du jour du 50^e Conseil directeur, traitant de la nécessité de renforcer la capacité des pouvoirs réglementaires à assurer la qualité, la sécurité et l'innocuité des médicaments.

335. Plusieurs délégués ont appuyé cette proposition, et l'un d'entre eux a proposé que le document de travail qui sera préparé sur ce point de l'ordre du jour tienne compte des questions de l'efficacité, de la redevabilité, de la transparence et des principes d'une bonne gouvernance. D'autres délégués ont remarqué que le Comité avait déjà approuvé l'ordre du jour provisoire du 50^e Conseil directeur et pensaient qu'il serait préférable d'introduire ce point de l'ordre du jour par le biais du Comité exécutif en 2011, afin de laisser le temps de préparer un document étayé par une solide recherche.

336. La Directrice a suggéré que le Bureau prépare un document général pour le nouveau point du jour proposé – pour lequel on pouvait utiliser comme base le rapport de la cinquième conférence du Réseau panaméricain de l'harmonisation de la réglementation des médicaments – et ensuite le Conseil pourra décider de l'inclure ou non dans son ordre du jour final. Elle a demandé au Délégué de l'Argentine de présenter au Bureau un résumé concis du contenu qu'il souhaitait dans le contenu et de proposer un titre pour ce point de l'ordre du jour.

337. Le Dr José Luis Di Fabio (Gérant, Technologie, soins de santé, et recherche, BSP) a indiqué que le document serait disponible par le biais de SharePoint, et a indiqué qu'il ne serait probablement pas possible pour le Bureau d'avoir le document prêt aux fins d'édition et de traduction avant la fin de juillet.

338. Le Comité a demandé au Bureau de démarrer la préparation d'un document général, tel que suggéré par la Directrice.

Rapports d'avancement sur les questions administratives et financières : état de la mise en œuvre des Normes comptables internationales du secteur public (IPSAS) (document CE146/INF/8)

339. L'Honorable Dr Douglas Slater (Représentant du Sous-comité de programme, budget et administration) a fait savoir que le Sous-comité avait été informé des progrès réalisés au niveau de la mise en œuvre des normes IPSAS en 2009 et du travail devant être achevé en 2010. Le Sous-comité avait noté avec satisfaction les progrès faits à ce jour mais cherchait à savoir pourquoi il n'avait pas été possible de terminer toutes les activités nécessaires à la date limite de la transition de l'OPS aux normes IPSAS, à savoir le 1^{er} janvier 2010. Les délégués souhaitaient également recevoir de plus amples

informations sur la gestion des comptes des centres panaméricains CAREC et CFNI, sur l'impact que pouvaient avoir les dépenses de fonctionnement liées à l'adoption des normes IPSAS sur la position financière de l'Organisation et ils se demandaient si des dépenses supplémentaires, en plus du budget original de \$300 000 pour la mise en œuvre des normes IPSAS seraient nécessaires pour couvrir le coût du travail qui doit encore être effectué en 2010.

340. En réponse, Mme Sharon Frahler, Manager du domaine de la gestion des ressources financières, a expliqué que certaines des tâches requises ne pouvaient pas être terminées avant le 1^{er} janvier 2010 – par exemple, l'évaluation des biens fonciers et des investissements de 2010. En ce qui concerne CAREC et CFNI, si ces centres se conformaient aux normes PSAS, leurs comptes devront être consolidés avec ceux de l'OPS. Sinon, ils resteront séparés tout en devant adopter le format des normes IPSAS.

341. Elle a expliqué que certaines dépenses récurrentes s'étaient uniquement présentées lors de la période de transition mais d'autres continueront à être encourues. Par exemple, elle a estimé que le changement des audits biennaux aux audits annuels coûtera \$50 000 en plus chaque année et qu'une analyse approfondie de la valeur des biens fonciers de l'OPS, faite tous les trois ans, reviendra à \$20 000. Elle a signalé que légèrement moins de \$200 000 du budget original pour la mise en œuvre des normes IPSAS avaient été dépensés et qu'il faudra probablement \$20 000 en plus.

342. Suivant le rapport du Dr Slater, la Directrice a noté que le plan de mise en œuvre des normes IPSAS se déroulait selon les délais bien que la transition ait été jonchée de défis, situation due en partie à l'énorme accroissement dans les ressources de l'Organisation, surtout pour ses activités d'achat, signifiant que le personnel concerné devait assumer une charge de travail plus grande tout en se conformant à de nouvelles formules et conditions comptables. Et, pourtant, tout le travail avait été réalisé de manière satisfaisante tel qu'en témoignait le rapport du Commissaire aux comptes externe (voir paragraphes 190-208 ci-dessus). Elle a également noté que plusieurs États membres traversaient la même transition dans leurs normes comptables et que le BSP échangeait activement informations et expérience avec eux.

343. Le Comité exécutif a pris note du rapport d'avancement.

Autres questions

344. M. David Hatch (Adjoint au Directeur général, Institut interaméricain de la coopération pour l'agriculture) a transmis au Comité les meilleures salutations du Dr Victor Villalobos, Directeur général de l'Institut interaméricain de coopération pour l'agriculture (IICA), et a revu l'histoire de la collaboration entre l'IICA et l'OPS sur des questions concernant la santé publique, la santé animale et l'innocuité alimentaire. Le

travail entrepris par les deux organisations en réponse à la flambée de cas de la grippe aviaire en 2006 est un excellent exemple de cette collaboration. Actuellement, l'Institut collabore avec l'OPS pour moderniser les services d'innocuité alimentaire et renforcer la capacité des responsables des programmes d'innocuité alimentaire. Son plan de travail pour 2010-2014 englobe un certain nombre de questions revêtant un intérêt pour l'OPS, notamment le renforcement de la sécurité alimentaire et de la nutrition, le renforcement des systèmes nationaux de santé et d'innocuité alimentaire et l'harmonisation des normes sanitaires et phytosanitaires aux niveaux national et international en vue d'enrayer la propagation des maladies entre les pays. L'IICA se réjouit à l'idée d'une collaboration continue avec l'OPS dans ces domaines et dans d'autres domaines d'intérêt commun.

Clôture de la session

345. Suivant l'échange coutumier de politesses, le Président a déclaré la clôture de la 146^e session du Comité exécutif.

Résolutions et décisions

346. Les résolutions et décisions suivantes ont été adoptées par le Comité exécutif lors de sa 146^e session:

Résolutions

CE146.R1 : Recouvrement des contributions

LA 146^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant considéré le rapport de la Directrice sur le recouvrement des contributions (documents CE146/23 et Add. I), incluant un rapport sur le statut du fonds spécial intitulé *Contributions volontaires pour les programmes prioritaires : Surveillance, prévention et prise en charge des maladies chroniques ; santé mentale et abus de substances psychoactive ; tabagisme ; grossesse sans risques ; VIH/SIDA et direction ;*

Notant qu'aucun État membre n'est en arriéré de paiement de ses contributions l'assujettissant à l'application de l'Article 6.B de la Constitution de l'Organisation panaméricaine de la Santé ;

Notant qu'il y a eu une réduction significative du montant des arriérés de contributions, de telle manière qu'il n'y a pas de retard de paiement correspondant à la période précédant la période biennale 2008-2009 ;

Notant que 22 États membres ne se sont acquittés d'aucun paiement correspondant à leurs contributions pour 2010,

DÉCIDE :

1. De prendre note du rapport de la Directrice sur le recouvrement des contributions, incluant un rapport sur le statut du fonds spécial intitulé *Contributions volontaires pour les programmes prioritaires : Surveillance, prévention et prise en charge des maladies chroniques ; santé mentale et abus de substances psychoactives ; tabagisme ; grossesse sans risques ; VIH/SIDA et direction.*
2. De féliciter les États membres pour leur engagement à s'acquitter de leurs obligations financières envers l'Organisation en faisant des efforts significatifs pour régler leurs contributions impayées.
3. De remercier les États membres qui se sont déjà acquittés de leurs paiements pour 2010 et d'exhorter les autres États membres à s'acquitter de toutes leurs contributions impayées dès que possible.
4. De prier la Directrice de continuer à informer les États membres de tout montant dû et de faire un rapport au 50^e Conseil directeur sur le statut du recouvrement des contributions.

(Première réunion, le 21 juin 2010)

CE146.R2 : Fonds Directeur d'investissement

LA 146^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant examiné la présentation sur le Rapport financier du Directeur et Rapport du Commissaire aux comptes pour la période du 1^{er} janvier 2008 au 31 décembre 2009 (Document officiel 337 et le document CE146/24, Rév. 1) ;

Ayant noté qu'une somme de US\$ 4 216 656 a été transférée sur le Compte de réserve de l'OPS en raison d'un excédent de recettes réalisées par rapport aux dépenses lors de l'exercice financier 2008-2009, conformément au paragraphe 4.4. du Règlement financier ;

Ayant été informée que, en 2010, la somme de \$2 000 000 provenant du montant susmentionné a été transférée du Compte de réserve vers le Fonds directeur d'investissement, conformément à la résolution CSP27.R19 (paragraphe 3(b)) ;

Tenant compte du besoin de planifier adéquatement et de prendre des dispositions relatives au financement de l'entretien et de la réparation des espaces de bureaux de l'OPS et au remplacement systématique de l'équipement informatique et de télécommunications, des logiciels et des systèmes d'appui à l'infrastructure informatique de l'Organisation,

DÉCIDE :

D'autoriser le virement d'une somme de \$2 000 000 supplémentaires à partir du Compte de réserve afin de réapprovisionner le Fonds directeur d'investissement, conformément au paragraphe 3 (b) de la résolution CSP27.R19.

(Première réunion, le 21 juin 2010)

CE146.R3 : Commission prélevée sur les achats de fournitures de santé publique effectués pour le compte des États membres

LA 146e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant examiné le rapport de la Directrice, *Examen de la Commission prélevée sur les achats de fournitures de santé publique effectués pour le compte des États membres* (document CE146/28, Rév. 1),

DÉCIDE :

De recommander que le Conseil directeur adopte une résolution rédigée selon les termes suivants :

**COMMISSION PRÉLEVÉE SUR LES ACHATS DE FOURNITURES DE SANTÉ
PUBLIQUE EFFECTUÉS POUR LE COMPTE DES ÉTATS MEMBRES**

LE 50e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant examiné le rapport, *Commission prélevée sur les achats de fournitures de santé publique effectués pour le compte des États membres* (document CD50/___) ;

Tenant compte de l'augmentation significative du volume des achats de fournitures de santé publique effectués par le biais des trois mécanismes d'achat du Bureau sanitaire panaméricain pour le comptes des États membres du Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) et du manque progressif de ressources financières adéquates pour couvrir les fonctions administratives à l'appui des activités d'achat,

DÉCIDE :

1. D'augmenter la commission actuelle de trois pour cent (3%) prélevée sur les tous les achats de fournitures de santé publique par le Bureau sanitaire panaméricain pour le compte des États membres du OPS d'un demi-point de pourcentage (0,5%) et de la fixer à un total de trois et demi pour cent (3,5%), à compter du 1^{er} janvier 2011.

2. De porter le 0,5% supplémentaire de cette commission au crédit du Compte spécial pour les dépenses à l'appui aux programmes afin de défrayer les coûts administratifs de toutes les activités d'achats à travers l'ensemble de l'Organisation pour les trois mécanismes d'achat suivants :

- Achats remboursables au nom des États membres,
- Fonds renouvelable pour l'achat de vaccins,
- Fonds renouvelable régional pour les fournitures stratégiques en matière de santé publique.

(Deuxième réunion, le 21 juin 2010)

CE146.R4 : Organisations non gouvernementales en relations officielles avec l'OPS

LA 146^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant considéré le rapport du Sous-comité de programme, budget et administration (document CE146/6) ;

Tenant compte des dispositions des *Principes régissant les relations entre l'Organisation panaméricaine de la Santé et les organisations non gouvernementales* (résolution CESS.R1, janvier 2007),

DÉCIDE :

1. De continuer les relations officielles entre l'OPS et la *Latin American Confederation of Clinical Biochemistry* (la Confédération de biochimie clinique d'Amérique latine-COLABIOCLI) et la *National Alliance for Hispanic Health* (l'Alliance nationale pour la santé hispanique).

2. D'accepter EMBARQ, le Centre pour un transport durable du *World Resources Institute*, dans les relations officielles avec l'OPS pour une durée de quatre ans.

3. De demander à la Directrice de :
 - (a) faire connaître aux organisations non gouvernementales respectives les décisions prises par le Comité exécutif ;
 - (b) continuer de forger des relations de travail dynamiques avec des ONG interaméricaines présentant un intérêt pour l'Organisation dans des domaines relevant des priorités que les Organes directeurs ont adoptées pour l'OPS ;
 - (c) de continuer à encourager des relations entre les États membres et les ONG dans le domaine de la santé.

(Deuxième réunion, le 21 juin 2010)

CE146.R5 : Désignation de trois membres auprès du Comité d'audit de l'OPS

LA 146^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Considérant que la résolution CD49.R2 (2009) du 49^e Conseil directeur a créé le Comité d'audit de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) pour servir d'entité consultative experte et indépendante auprès du Directeur du Bureau sanitaire panaméricain (BSP) et des États membres de l'OPS ;

Guidée par les Termes de référence du Comité d'audit déterminant le processus à suivre dans l'évaluation et la nomination par le Comité exécutif des membres du Comité d'audit de l'OPS ;

Notant que les Termes de référence du Comité d'audit stipulent que les membres seront nommés pour un maximum de deux mandats complets de trois années chacun, à l'exception des trois premiers membres du Comité qui seront nommés, par tirage au sort, à un mandat initial de deux, trois et quatre ans respectivement,

DÉCIDE :

1. De remercier la Directrice du BSP et le Sous-comité de programme, budget et administration pour tous leurs efforts et l'attention portée à la recherche et à la nomination de candidats hautement qualifiés auprès du Comité d'audit de l'OPS.
2. De nommer les candidats suivants comme membres du Comité d'audit de l'OPS :

M. Alain Gillette, pour un mandat initial de quatre ans,

Mme Carman L. LaPointe, pour un mandat initial de trois ans,

M. Peter Maertens, pour un mandat initial de deux ans.

(Troisième réunion, le 22 juin 2010)

CE146.R6 : Plan d'action sur la sécurité des hôpitaux

LA 146^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant examiné le rapport de la Directrice, *Plan d'action sur la sécurité des hôpitaux* (document CE146/20), fondé sur le Plan stratégique de l'OPS pour la période 2008-2012,

DÉCIDE :

De recommander au Conseil directeur l'adoption d'une résolution rédigée selon les termes suivants :

PLAN D'ACTION SUR LA SÉCURITÉ DES HÔPITAUX

LE 50^e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant examiné le rapport de la Directrice, *Plan d'action sur la sécurité des hôpitaux* (document CD50/__), fondé sur le Plan stratégique de l'OPS pour la période 2008-2012 ;

Gardant à l'esprit que les Organes directeurs de l'OPS ont fermement appuyé l'adoption d'une initiative régionale sur la sécurité des hôpitaux ;

Notant que la résolution CD45.R8, adoptée par le 45^e Conseil directeur (2004) décide « D'exhorter les États membres à adopter le principe de la sécurité des hôpitaux dans les cas de catastrophes en tant que politique nationale de réduction des risques et à se fixer comme objectif d'une part que tous les nouveaux hôpitaux construits soient dotés d'un degré de protection propre à mieux garantir qu'ils demeureront fonctionnels durant les situations de catastrophes et, d'autre part, que soient mise en œuvre des mesures de réduction des risques en vue de renforcer les présentes installations de santé, notamment celles qui assurent la fourniture de soins de santé primaires » ;

Soulignant que la Conférence mondiale sur la prévention des catastrophes naturelles (2005) des Nations Unies a adopté le Cadre d'action de Hyogo pour 2005-2015, par lequel les 169 pays participants se sont fixé comme but que d'ici 2015, tous les pays devront « intégrer la planification de la réduction des risques de catastrophe dans le secteur de la santé ; promouvoir l'objectif des hôpitaux à l'abri des catastrophes... » ;

Rappelant que la 27^e Conférence sanitaire panaméricaine (2007) a adopté la résolution CSP27.R14, *Hôpitaux sûrs : une initiative Régionale sur les installations sanitaires résistantes aux catastrophes* ;

Prenant note que le rapport final de la Table ronde, *La sécurité des hôpitaux : un but à notre portée*, présenté au 49^e Conseil directeur, recommande aux pays d'élaborer des plans de travail pour atteindre le but de la sécurité des hôpitaux ;

Reconnaissant que pour atteindre le but de la sécurité des hôpitaux en cas de catastrophe d'ici 2015, il est nécessaire de mettre en œuvre un plan d'action Régional avec une vaste participation des États membres de l'Organisation et l'appui du Secrétariat,

DÉCIDE :

1. D'approuver le Plan d'action sur la sécurité des hôpitaux.
2. De prier instamment les États membres :
 - (a) de prioriser l'adoption d'une politique nationale sur la sécurité des hôpitaux ;
 - (b) d'améliorer la coordination tant au sein qu'en dehors du secteur de la santé afin de conjuguer les efforts aux niveaux national et infranational pour assurer une meilleure utilisation de toutes les ressources disponibles ;
 - (c) de mettre en œuvre progressivement les activités contenues dans le Plan d'action pour atteindre le but que tous les nouveaux centres hospitaliers construits présentent un degré de résilience tel qu'ils soient mieux à même de continuer à fonctionner en cas de catastrophe ;
 - (d) d'appliquer des mesures d'atténuation propres à renforcer les établissements sanitaires en place ;
 - (e) de coordonner avec d'autres pays de la Région l'échange d'expériences et d'outils, les interventions conjointes, la surveillance et l'évaluation des progrès réalisés en vue de la mise en œuvre du Plan d'action.

3. De demander à la Directrice :
- (a) de promouvoir la coordination et la mise en application du Plan d'action par le biais de l'intégration des actions par les domaines de l'OPS, aux niveaux national, infrarégional, régional et interorganismes ;
 - (b) de continuer à renforcer la capacité de l'Organisation de fournir la coopération technique aux États membres dans la mise en pratique du Plan d'action en fonction des priorités et besoins nationaux spécifiques ;
 - (c) d'appuyer l'élaboration d'instruments et instructions techniques comme la liste de vérification et l'Indice de Sécurité Hospitalier pour faciliter le suivi de la mise en application du Plan d'action ;
 - (d) d'encourager le renforcement d'alliances avec des organismes spécialisés et des centres d'excellence dans le domaine de la réduction des risques de catastrophes, afin de mobiliser les ressources humaines et financières et la technologie nécessaires pour améliorer la sécurité des services de santé en cas de catastrophes ;
 - (e) de présenter des rapports périodiques aux Organes directeurs sur l'état d'avancement de la mise en application du Plan d'action.

(Troisième réunion, le 22 juin 2010)

CE146.R7 : Renforcement des programmes de vaccination

LA 146^e SESSION DU COMITÉ EXECUTIF,

Ayant examiné le document conceptuel, *Renforcement des programmes de vaccination* (document CE146/19) et considérant les importantes avancées réalisées par les pays dans le domaine de la vaccination ;

Considérant que la défense des programmes nationaux et régionaux de vaccination constitue une condition indispensable à la préservation des acquis enregistrés dans tous les États membres et pour relever les nouveaux défis,

DÉCIDE :

De recommander au Conseil directeur d'adopter une résolution rédigée selon les termes suivants :

RENFORCEMENT DES PROGRAMMES DE VACCINATION

LE 50^e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant examiné le document conceptuel, *Renforcement des programmes de vaccination* (document CD50/__), et les importantes avancées enregistrées par les pays dans le domaine de la vaccination ;

Reconnaissant que les États membres et l'Organisation panaméricaine de la santé ont déployé des efforts concrets pour harmoniser les politiques et les stratégies de vaccination, en encourageant la formation d'équipes nationales quant à la gestion et la mise en œuvre efficaces des programmes nationaux et en assimilant le Fonds renouvelable pour l'achat de vaccins comme mécanisme de coopération qui favorise l'accès aux produits biologiques et autres articles pour tous les États membres ;

Reconnaissant que quelques États membres ont défini la vaccination comme faisant partie du domaine public contribuant de manière substantielle à la réduction de la mortalité infantile et qui a abouti à l'éradication de la poliomyélite et à l'élimination de la rougeole, de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale, ainsi qu'au contrôle épidémiologique d'autres maladies évitables par la vaccination dans la Région ;

Réitérant que le Fonds renouvelable a joué un rôle déterminant dans l'accès opportun et équitable aux vaccins par les États membres et que, dans le cadre de la coopération technique, il a facilité la normalisation des programmes de vaccination dans les pays des Amériques, l'obtention de couvertures vaccinales élevées et la réponse opportune face aux flambées épidémiques et autres urgences sanitaires, ainsi que l'introduction accélérée de l'utilisation de « nouveaux vaccins » comme ceux contre le rotavirus, le pneumocoque, le virus du papillome humain (VPH) et, récemment, contre le virus de la grippe A(H1N1) ;

Reconnaissant que la défense des programmes nationaux et régionaux de vaccination est une condition indispensable à la préservation des acquis obtenus par tous les États membres et que la réduction des niveaux de vaccination dans n'importe quel pays affecte directement les autres pays,

DÉCIDE :

1. De prier instamment les États membres :
 - (a) d'entériner les programmes nationaux de vaccination comme bien public ;
 - (b) de soutenir la Stratégie régionale d'immunisation et sa vision et de viser les objectifs suivants :
 - préserver les acquis : Région exempte de poliomyélite, de rougeole, de rubéole et de syndrome de rubéole congénitale et contrôle de la diphtérie, de la coqueluche et du Hib ;
 - conclure le programme inachevé : élimination du tétanos néonatal ; contrôle épidémiologique de l'hépatite B, de la grippe saisonnière et de la fièvre jaune ; obtention par toutes les municipalités d'une couverture de plus de 95% (en prenant le DTC3 comme marqueur) ; et fin de la transition d'une approche de la vaccination orientée vers l'enfant à une approche visant l'immunisation compréhensive de la famille ;
 - affronter les nouveaux défis : introduire des nouveaux vaccins qui contribuent à la réalisation des OMD ; renforcer la capacité nationale en matière de prise de décisions ; promouvoir la pérennité financière du PEV ; et renforcer les services de vaccination et d'immunisation dans le cadre des systèmes et services fondés sur les soins primaires de santé ;
 - soutenir le Fonds renouvelable pour l'achat de vaccins de l'OPS comme mécanisme de coopération stratégique qui permet un accès opportun et équitable des États membres aux produits du programme de vaccination.
2. De demander à la Directrice :
 - (a) de continuer à fournir un appui technique aux États membres pour renforcer la capacité opérationnelle des programmes nationaux de vaccination dans le cadre des soins primaires de santé, en recourant à des stratégies qui permettent de garantir des interventions dans les municipalités où la couverture vaccinale est faible, ainsi qu'au sein des communautés défavorisées et d'accès difficile ;
 - (b) de fournir une assistance technique aux États membres pour la prise de décisions fondées sur des preuves, au moyen des centres d'excellence du Réseau ProVac ;
 - (c) de renforcer le Fonds renouvelable et de veiller à ce qu'il demeure un outil efficace et actif, selon les règles et les principes qui le régissent et ont permis qu'il

obtienne des résultats couronnés de succès tout au long de ses 30 années d'activité.

(Quatrième réunion, le 22 juin 2010)

CE146.R8 : Développement des compétences du personnel de santé dans les systèmes de santé fondés sur les soins de santé primaires

LA 146^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant examiné le rapport de la Directrice sur la stratégie de *Développement des compétences du personnel de santé dans les systèmes de santé fondés sur les soins de santé primaires* (document CE146/16), appuyée par le Plan stratégique de l'OPS pour la période 2008-2012,

DÉCIDE :

De recommander au Conseil directeur d'envisager l'approbation d'une résolution selon les termes suivants :

**STRATÉGIE POUR LE DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES DU
PERSONNEL DE SANTÉ DANS LES SYSTÈMES DE SANTÉ
FONDÉS SUR LES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES**

LE 50^e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant examiné le rapport de la Directrice, *Stratégie pour le développement des compétences du personnel de santé dans les systèmes de santé fondés sur les soins de santé primaires* (document CD50/__), appuyée par le Plan stratégique de l'OPS pour la période 2008-2012,

DÉCIDE :

1. De prier instamment les États membres :
 - (a) de réitérer leur engagement à la réalisation des Cibles Régionales en matière de ressources humaines pour la santé 2007-2015 et le développement de plans nationaux de ressources humaines en concertation avec les secteurs et les acteurs sociaux appropriés ;
 - (b) d'établir des mécanismes et des modalités de coordination et de coopération avec les instances nationales responsables de l'éducation, les institutions académiques et d'autres parties prenantes pour promouvoir une plus grande convergence des

qualifications et des compétences des futurs professionnels avec les orientations et les besoins du secteur de la santé ;

- (c) de formuler une politique d'apprentissage qui comporte l'apprentissage par des moyens virtuels, qui soit destinée à tous les niveaux et à toutes les entités du système sanitaire, ainsi qu'une définition des cadres de compétences pour les équipes de santé familiale et communautaire, en mettant un accent particulier sur l'interculturalité ;
- (d) d'adopter la stratégie de réseaux d'apprentissage (*eLearning*) dans l'optique d'une éducation permanente, faisant usage des technologies de l'information et de la communication axées sur la transformation des pratiques de santé en vigueur et du comportement institutionnel ;
- (e) de promouvoir entre les pays et territoires de la Région, la production et l'échange de ressources ouvertes d'apprentissage et d'expériences.

2. De demander à la Directrice :

- (a) d'intensifier la coopération technique de l'Organisation avec les États membres dans la formulation de politiques et de plans d'apprentissage et de *eLearning* destinés au personnel de santé en service ;
- (b) d'appuyer les pays de la Région et les initiatives sous-régional dans le développement de stratégies et de mécanismes de coordination et de coopération entre l'autorité sanitaire nationale et les institutions d'éducation dans le cadre d'un engagement et d'une responsabilité sociale partagés pour l'obtention du renouvellement des soins de santé primaires ;
- (c) de favoriser la création de réseaux d'apprentissage coordonnés au niveau Régional et la production de ressources d'apprentissage afin de renforcer les capacités de leadership et de conduite du secteur de la santé concernant les thèmes prioritaires dans la Région ;
- (d) de contribuer au renforcement, à travers le Campus virtuel de santé publique, des capacités nationales de développement des compétences du personnel de santé et de l'utilisation des technologies de l'information et de la communication.

(Cinquième réunion, le 23 juin 2010)

CE146.R9 : Centres panaméricains

LA 146^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant examiné le rapport de la Directrice, *Examen des Centres panaméricains* (document CE146/22),

DÉCIDE :

De recommander au Conseil directeur d'adopter une résolution rédigée selon les termes suivants :

CENTRES PANAMÉRICAINS

LE 50^e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant examiné le rapport de la Directrice, *Examen des Centres panaméricains* (document CD50/__) ;

Ayant à l'esprit le mandat confié par la Conférence sanitaire panaméricaine (résolution CSP20.R31, 1978) consistant à effectuer une évaluation périodique de chacun des centres panaméricains ;

Notant que l'évolution constante de l'environnement politique, technologique et économique dans les États membres de l'OPS exige d'actualiser et de réexaminer les modalités de la coopération technique offerte par l'Organisation, afin d'en optimiser l'efficacité ;

Reconnaissant les efforts entrepris par le Bureau pour que les centres panaméricains se conforment aux politiques Régionales approuvées par les Organes directeurs de l'OPS,

DÉCIDE :

1. De prendre note du transfert réussi de l'administration de l'Institut de nutrition d'Amérique centrale et du Panama (INCAP) au Conseil directeur de l'Institut et de remercier la Directrice du Bureau sanitaire panaméricain d'avoir effectué ce transfert de manière participative, efficace et transparente et d'avoir ainsi obtenu les consensus nécessaires afin de garantir la viabilité de l'Institut à cette nouvelle étape de son autonomie administrative.

2. De prier instamment les États membres :
 - (a) de continuer leur collaboration avec le Bureau en matière d'évaluation périodique des Centres panaméricains, dans le but de déterminer si ces derniers continuent d'offrir le mode de coopération technique le plus approprié et le plus efficace ;
 - (b) de continuer leurs efforts, en étroite collaboration avec le Bureau, visant au développement institutionnel des Centres panaméricains et à leur évolution vers d'autres modes de fonctionnement qui permettent d'optimiser leurs coûts d'opération et, si approprié, de transférer la responsabilité en matière d'administration ou de fonctionnement des centres aux États-membres ou à des organisations sous-régionales constitués par ces États.
3. De demander à la Directrice :
 - (a) de continuer à œuvrer, en consultation avec le gouvernement brésilien, à l'élaboration d'un Projet de développement institutionnel du Centre panaméricain de la fièvre aphteuse (PANAFTOSA), en vue de sa présentation aux Organes directeurs de l'OPS en 2011 ;
 - (b) de soutenir la création d'un fonds fiduciaire qui recevra les ressources financières mobilisées pour éliminer la fièvre aphteuse dans la Région des Amériques ;
 - (c) de poursuivre les négociations avec le gouvernement brésilien pour mettre en place un nouveau cadre institutionnel du Centre latino-américain et des Caraïbes pour l'information en sciences de la santé (BIREME), y compris un nouvel accord de base pour le BIREME au Brésil et un nouvel accord concernant les locaux et le fonctionnement du BIREME sur le campus de l'Université fédérale de São Paulo (UNIFESP) ;
 - (d) de poursuivre les négociations avec le gouvernement péruvien pour transformer le Centre panaméricain de génie sanitaire et des sciences de l'environnement (CEPIS) en Équipe technique régionale en matière d'eau et d'assainissement (ETRAS) ;
 - (e) de poursuivre l'évaluation de l'accord sur le Programme Régional de bioéthique avec le gouvernement chilien et l'Université du Chili et l'examen de différentes manières de poursuivre les activités de l'Organisation en matière de bioéthique dans la Région ;
 - (f) de continuer à collaborer avec le Secrétariat de la Communauté des Caraïbes (CARICOM) pour mettre en œuvre la troisième phase de l'Initiative de

coopération pour la santé dans les Caraïbes (CCH 3) et mener à bien le transfert des fonctions et des ressources pertinentes du Centre d'épidémiologie des Caraïbes (CAREC) et de l'Institut d'alimentation et de nutrition des Caraïbes (CFNI) à l'Agence de santé publique dans les Caraïbes (CARPHA), selon les conditions et modalités convenues par les États membres au moment approprié.

(Cinquième réunion, le 23 juin 2010)

CE146.R10 : Ordre du jour provisoire du 50^e Conseil directeur de l'OPS, 62^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques

LA 146^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF

Ayant examiné l'ordre du jour provisoire (document CD50/1) préparé par la Directrice pour le 50^e Conseil directeur de l'OPS, 62^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques, présenté comme annexe au document CE146/3, Rév. 2;

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

DÉCIDE :

D'approuver l'ordre du jour provisoire (document CD50/1) préparé par la Directrice pour le 50^e Conseil directeur de l'OPS, 62^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques.

(Sixième réunion, le 23 juin 2010)

CE146.R11 : Pris ce l'OPS d'Administration 2010

LA 146^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant examiné le rapport du Jury d'octroi du Prix de l'OPS d'Administration 2010 (document CE146/5, Add. I) ;

Reconnaissant les dispositions des Procédures et directives pour conférer le Prix de l'OPS d'Administration, tel qu'approuvées par la 18^e Conférence sanitaire panaméricaine (1970) et amendées par la 24^e Conférence sanitaire panaméricaine (1994), la 124^e session du Comité exécutif (1999), la 135^e session du Comité exécutif (2004) et la 140^e session du Comité exécutif (2007) ;

Prenant note de la recommandation du Jury d'introduire un amendement aux Procédures,

DÉCIDE :

1. De féliciter tous les candidats au Prix de l'OPS d'Administration 2010 pour leur excellent niveau professionnel et pour le travail remarquable dont ils font preuve en faveur des pays de la Région.
2. De prendre note de la décision du Jury d'octroyer le Prix OPS d'Administration 2010 au Dr Elsa Yolanda Palou, du Honduras, pour l'impact national et infrarégional de ses activités administratives, médicales, pédagogiques et de recherche concernant la qualité des soins aux patients souffrant de maladies transmissibles, en particulier les personnes vivant avec le VIH/sida.
3. D'amender le paragraphe 11 des Procédures pour qu'il soit libellé de la manière suivante : « Les candidats n'ayant pas été nommés pourront l'être à nouveau. Aux fins de cette renomination, une simple communication comprenant tous renseignements pertinents supplémentaires suffira. » (En annexe, les Procédures et directives du Prix en anglais.)
4. De transmettre le rapport du Jury d'octroi du Prix de l'OPS d'Administration 2010 (document CE146/5, Add. I), avec les directives et procédures amendées, au 50^e Conseil directeur.

Annexe

(Sixième réunion, le 23 juin 2010)

Annexe

**PROCÉDURES ET GRANDES LIGNES RÉGISSANT
L'OCTROI DU PRIX DE L'OPS POUR L'ADMINISTRATION**

Chaque année, les gouvernements des pays d'Amérique, agissant par le truchement de leurs représentants lors des réunions des organes directeurs de l'Organisation panaméricaine de la Santé, octroient le Prix de l'OPS pour l'Administration, en hommage à une éminente contribution afférente au domaine de l'administration dans le cadre des services nationaux de santé.

Procédures

1. En vue de contribuer à la gestion des systèmes et services de santé, l'Organisation panaméricaine de la Santé a établi le Prix de l'OPS pour l'Administration qui fera l'objet d'un concours chaque année et consistera en la remise d'un diplôme et d'une somme de \$EU 5 000. Cette somme sera révisée selon le besoin par le Comité exécutif suite à une recommandation du Directeur du Bureau sanitaire panaméricain.
2. Le Prix est octroyé à un candidat qui aura fait une contribution substantielle dans son pays et dans la région des Amériques pour améliorer le développement de la santé, à travers la gestion ou la mise en œuvre de services et programmes, de l'enseignement et de la recherche.
3. Le Président du Comité exécutif désigne un Comité du Prix composé de trois représentants de gouvernements membres du Comité exécutif. Ceux-ci exerceront leurs fonctions durant la période de leur mandat au sein du Comité exécutif. Le Président comblera toute vacance qui se produit au sein du Comité du Prix. Lorsqu'il y a des candidats provenant de pays représentés au Comité, ces membres seront remplacés par des représentants d'autres gouvernements membres du Comité exécutif pour prêter leurs services au sein du Comité du Prix dans ce cas seulement. Le Président du Comité exécutif désignera ces représentants.
4. Le Directeur du Bureau sanitaire panaméricain invite les gouvernements membres à soumettre une nomination au Prix. Ne sera acceptée qu'une nomination par pays.
5. Les noms des candidats sont soumis par les gouvernements membres de l'OPS par le truchement de leurs ministères de la santé.
6. Les noms des candidats proposés doivent être acheminés au Directeur du Bureau sanitaire panaméricain avant le 31 mars, conjointement avec leurs notices biographiques et la documentation appuyant la nature et la qualité des travaux réalisés. Cette documentation inclura une brève description de l'impact des travaux du candidat sur la gestion des systèmes et services de santé dans son pays et dans la Région des Amériques. En vue de faciliter la tâche du Comité du Prix, les données requises de chaque candidat devraient être présentées sur le formulaire normalisé fourni par l'OPS. Ce formulaire et la documentation à l'appui des mérites du candidat doivent être complétés dans leur entièreté de manière aussi exhaustive que possible, et chacune des réponses doit être explicite et objective. Toute la documentation sera soumise en un original et trois copies.
7. Le Directeur du Bureau sanitaire panaméricain achemine aux membres du Comité du Prix copies de la documentation reçue 45 jours avant la date d'ouverture de la

première réunion du Comité exécutif pour l'année civile. Ainsi, le Comité du Prix pourra se réunir et statuer sur le lauréat du Prix durant les sessions du Comité exécutif et soumettre à celui-ci un rapport sur ses décisions. Le Comité exécutif communiquera la décision au Conseil directeur ou à la Conférence sanitaire panaméricaine.

8. Les nominations reçues par le Directeur du Bureau sanitaire panaméricain après le 31 mars sont retenues aux fins d'un examen ultérieur par le Comité du Prix l'année suivante.

9. Le Comité du Prix jouit de la faculté de déclarer le Prix nul et de nul effet au cas où aucun candidat ne satisfait aux critères approuvés.

10. Lorsque durant une année quelconque, une seule nomination seulement est reçue dans les délais prescrits, le Comité du Prix jouit de la faculté de soumettre cette candidature conjointement avec d'autres reçues l'année suivante.

11. Un candidat qui n'a pas été choisi peut être soumis à nouveau. Dans ce cas, une simple communication incorporant toute information additionnelle pertinente suffira.

12. L'annonce du lauréat du Prix est faite durant la réunion du Conseil directeur ou de la Conférence sanitaire panaméricaine.

13. Lorsque cela s'avère possible, le Prix est décerné durant la réunion appropriée du Conseil directeur ou de la Conférence sanitaire panaméricaine, étant entendu que les frais de voyage seront pris en charge par le gouvernement concerné.

14. Lorsqu'une telle présentation n'est pas réalisable, les options ci-après peuvent être retenues:

- a) Octroi du Prix à la réunion du Conseil directeur ou de la Conférence sanitaire panaméricaine par un membre de la délégation du pays du lauréat, en son nom.
- b) Présentation effectuée dans le pays d'origine par le Représentant de l'OPS/OMS au nom du Directeur du Bureau sanitaire panaméricain.

15. Quelle que soit l'option retenue pour l'octroi du Prix, une publicité adéquate sera faite, utilisant les médias d'information, par le Bureau sanitaire panaméricain et le gouvernement concerné.

16. Le Directeur du Bureau sanitaire panaméricain demande aux Gouvernements membres d'envisager plus activement la possibilité d'utiliser le Prix pour encourager la

gestion améliorée des systèmes et services de santé dans le cadre des services nationaux de santé.

17. En vue de souligner l'importance du Prix et de mettre l'accent sur ses contributions à l'amélioration de l'administration, de l'éducation et de la recherche, il sera lié à un thème concernant les priorités stratégiques de l'Organisation. De surcroît, les Bureaux représentatifs et les programmes régionaux rempliront un rôle plus important de vulgarisation de l'information au sujet du Prix en encourageant la nomination d'excellents candidats dans le domaine respectif.

18. Ces règles et grandes lignes générales peuvent être révisées à tout moment, selon le cas, à la lumière de l'expérience recueillie. Les modifications approuvées par le Comité exécutif seront soumises au Conseil directeur ou la Conférence sanitaire panaméricaine.

Grandes lignes

1. Le Comité du Prix évalue les mérites relatifs des candidats à la lumière des critères suivants :

- a) Excellence dans l'administration, aux échelons national et local, en identifiant et en documentant les changements substantiels enregistrés dans l'amélioration des systèmes et services de santé et des conditions de santé à l'échelle nationale et dans la Région des Amériques.
- b) Constituera également un atout l'expérience acquise dans l'enseignement et la recherche et ayant eu un impact positif sur les activités de santé publique aux échelons national et/ou international, selon les témoignages de collègues, d'associations professionnelles, d'institutions universitaires et de recherche qui confirment l'importance de la contribution du candidat au développement de leadership en matière de santé. Cette information devrait être incluse dans la documentation d'appui.

CE146.R12 : Stratégie et Plan d'action pour la réduction de la malnutrition chronique

LA 146^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant examiné le rapport de la Directrice, *Stratégie et Plan d'action pour la réduction de la malnutrition chronique* (document CE146/18),

DÉCIDE :

De recommander au Conseil directeur d'adopter une résolution formulée selon les termes suivants :

**STRATÉGIE ET PLAN D'ACTION POUR LA RÉDUCTION
DE LA MALNUTRITION CHRONIQUE**

LE 50^e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant examiné le rapport de la Directrice, *Stratégie et Plan d'action pour la réduction de la malnutrition chronique* (document CD50/ __) ;

Tenant compte des mandats internationaux émanant de l'Assemblée mondiale de la Santé, en particulier des résolutions WHA55.23 (2002) et WHA56.23 (2003), ainsi que des engagements des États membres de la Région des Amériques pour atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) ;

Reconnaissant les conséquences de la malnutrition infantile pour le développement physique et cognitif, la réponse immunologique et le risque de maladie ou de décès prématuré, ainsi que pour le rendement scolaire et la capacité fonctionnelle, la formation de capital humain, la productivité et le bien-être individuel et collectif ;

Reconnaissant le droit des enfants de se développer physiquement, mentalement, moralement, spirituellement et socialement de manière saine et normale, ainsi que dans des conditions de liberté et de dignité ;

Reconnaissant que les conditions de vie et la malnutrition lors des premières années de la vie influencent le développement de la surcharge pondérale, de l'obésité et des maladies chroniques (diabète, hypertension, athérosclérose, entre autres) avec des conséquences graves concernant le bien-être de la population, le fardeau social lié à l'invalidité en résultant et les années de vie productive perdues ;

Soulignant que, dans la Région des Amériques, l'indicateur de la taille par rapport à l'âge constitue une meilleure représentation du manque prolongé d'accès à une alimentation adéquate et de l'effet des autres facteurs sociaux liés à la pauvreté, et qu'au vu de la tendance actuelle de cet indicateur, il est possible que, d'ici à 2015, plusieurs pays ne parviennent pas à atteindre le but 2 de l'OMD 1 et qu'ils aient des difficultés à atteindre l'OMD 4 et l'OMD 5 ;

Réitérant que la nutrition est un facteur qui conditionne le développement humain et est affecté également par un ensemble de déterminants sociaux et économiques ;

Reconnaissant le haut degré de complémentarité entre cette stratégie et d'autres comme la Stratégie et le Plan d'action régionaux sur la nutrition dans la santé et le développement 2006-2015 et la résolution de l'Assemblée générale de l'OEA sur l'appui aux efforts pour l'éradication de la malnutrition infantile aux Amériques (AG/RES. 2346 [XXXVII-O/07]) ;

Saluant avec satisfaction le cadre conceptuel et opérationnel permettant de lutter contre la malnutrition (la malnutrition aiguë et chronique, la surcharge pondérale, l'obésité et les carences en micronutriments spécifiques) obtenu par le consensus inter-agences au sein de l'Alliance panaméricaine pour la nutrition et le développement (APND),

DÉCIDE :

1. D'appuyer la Stratégie et le Plan d'action pour la réduction de la malnutrition chronique et leur prise en compte dans les politiques, les plans et les programmes de développement, ainsi que dans les propositions et la discussion des budgets nationaux, ce qui permettra de créer les conditions propices pour la prévention de la malnutrition chronique.
2. De prier instamment les États membres :
 - (a) d'accorder la priorité aux actions intersectorielles visant à la prévention de la malnutrition chronique ;
 - (b) de promouvoir le dialogue et la coordination entre les ministères et d'autres institutions du secteur public, ainsi qu'entre les secteurs public et privé et la société civile, pour parvenir à des consensus nationaux axés sur les déterminants sociaux et pour adopter des approches considérant le cycle de vie entier afin de prévenir la malnutrition chronique ;
 - (c) de proposer et de mettre en œuvre des politiques, des plans, des programmes et des interventions interministérielles visant à prévenir la malnutrition chronique à tous les niveaux de gouvernement des États membres ;
 - (d) de mettre en place un système intégré de contrôle, d'évaluation et de responsabilisation pour les politiques, les plans, les programmes et les interventions, qui permettra non seulement de déterminer leurs répercussions en termes de réduction de la malnutrition chronique mais aussi la situation de leurs déterminants sociaux et d'orienter la prise de décisions de manière opportune ;

- (e) d'établir des processus de révision et d'analyse internes sur la pertinence et la viabilité de la présente Stratégie et du Plan d'action, sur la base des priorités, des besoins et des capacités au niveau national.
3. De demander à la Directrice :
- (a) de fournir un appui aux États membres, en collaboration avec d'autres agences internationales, pour entamer un processus d'analyse interne de l'applicabilité de la Stratégie et du Plan d'action et de la mise en œuvre des activités concernant leur exécution ;
 - (b) de promouvoir la mise en œuvre et la coordination de la Stratégie et du Plan d'action, en garantissant leur caractère transversal au sein des différents domaines programmatiques et des différents contextes régionaux et infrarégionaux de l'Organisation ;
 - (c) de promouvoir et de consolider la collaboration avec les pays et entre ces derniers, ainsi que l'échange d'expériences et d'enseignements tirés ;
 - (d) de promouvoir l'incorporation des évaluations externes indépendantes dans les mécanismes visant à mesurer la réduction de la malnutrition chronique ;
 - (e) d'appuyer le développement et le renforcement de capacités en matière de ressources humaines et de prestation de services de qualité ;
 - (f) de promouvoir la formation d'alliances nationales, municipales et locales avec d'autres agences internationales, institutions scientifico-techniques, organisations non gouvernementales, la société civile organisée, le secteur privé et autres, en suivant l'ensemble des interventions intégrées décidées par l'APND ;
 - (g) d'informer périodiquement les Organes directeurs sur les progrès et les limites concernant l'élaboration de la Stratégie et du Plan d'action, ainsi que leur adéquation aux circonstances et aux besoins spécifiques.

(Sixième réunion, le 23 juin 2010)

CE146.R13 : Amendements au Règlement et au Statut du Personnel du Bureau sanitaire panaméricain

LA 146^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant examiné les amendements au Règlement du personnel du Bureau sanitaire panaméricain soumis par la Directrice à l'annexe au document CE146/29 ;

Prenant acte des mesures prises par la Soixante-troisième Assemblée mondiale de la Santé relatives à la rémunération des Directeurs régionaux, des Sous-directeurs généraux et du Directeur général ;

Gardant à l'esprit les dispositions de l'article 020 du Règlement du personnel et de l'article 3.1 du Statut du personnel du Bureau sanitaire panaméricain ;

Reconnaissant la nécessité d'uniformité dans les conditions d'emploi du personnel du Bureau sanitaire panaméricain et de l'Organisation mondiale de la Santé,

DÉCIDE :

1. De confirmer conformément à l'article 020 du Règlement du personnel les amendements au Règlement du personnel² qui ont été apportés par la Directrice, en vigueur à compter du 1^{er} juillet 2010, concernant les définitions, politiques de recrutement, politiques d'engagement, congé annuel, assurance accident et maladie, congé de maladie, congé de paternité et appels.
2. De fixer le traitement annuel du Directeur adjoint du Bureau sanitaire panaméricain, à compter du 1^{er} janvier 2010, à US\$ 183 022 avant imposition, soit un traitement net modifié de \$131 964 (avec personnes à charge) ou de \$119 499 (sans personne à charge).
3. De fixer le traitement annuel du Sous-directeur du Bureau sanitaire panaméricain, à compter du 1^{er} janvier 2010, à US\$ 181 483 avant imposition, soit un traitement net modifié de \$130 964 (avec personnes à charge) ou de \$118 499 (sans personne à charge).
4. De recommander au 50^e Conseil Directeur d'ajuster le traitement annuel du Directeur du Bureau sanitaire panaméricain et d'amender l'article 4.3 du Règlement du personnel en adoptant la résolution suivante :

² Annexe A

**TRAITEMENT ANNUEL DU DIRECTEUR ET AMENDEMENTS AU STATUT
DU PERSONNEL DU BUREAU SANITAIRE PANAMÉRICAIN**

LE 50^e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant examiné le document CD50/___ ;

Considérant la révision du barème des traitements de base minima pour la catégorie des administrateurs et fonctionnaires de rang supérieur du Bureau sanitaire panaméricain, à compter du 1^{er} janvier 2010 ;

Tenant compte de la décision du Comité exécutif à sa 146^e session d'ajuster les traitements du Directeur adjoint et du Sous-directeur du Bureau sanitaire panaméricain,

DÉCIDE :

1. De fixer le traitement annuel du Directeur du Bureau sanitaire panaméricain, à compter du 1^{er} janvier 2010, à US\$ 201 351 avant imposition, soit un traitement net modifié de \$143 878 (avec personnes à charge) ou de \$129 483 (sans personnes à charge).
2. D'approuver l'amendement à l'article 4.3 du Statut du personnel³, qui clarifie que les principes de diversité et d'inclusion devant être pris en compte dans le recrutement du personnel.

Annexes

(Septième réunion, le 24 juin 2010)

³ Annexe B

RÈGLEMENT DU PERSONNEL

TEXTE ACTUEL	NOUVEAU TEXTE
<p>310. DÉFINITIONS</p> <p>...</p> <p>310.4. « Rémunération terminale » est le chiffre utilisé pour le calcul des paiements au titre de la cessation de services en vertu de l'article 380.2. Pour le personnel de la catégorie des services généraux, la « rémunération terminale » est équivalente au salaire de base brut (moins les contributions du personnel) et la prime de connaissances linguistiques. Pour les administrateurs et fonctionnaires de rang supérieur la « rémunération terminale » est le salaire de base net.</p> <p>...</p>	<p>310. DÉFINITIONS</p> <p>...</p> <p>310.4. « Rémunération terminale » est le chiffre utilisé pour le calcul des paiements au titre de la cessation de services en vertu de l'article 380.2. Pour le personnel de la catégorie des services généraux et de la catégorie professionnelle nationale, la « rémunération terminale » est équivalente au salaire de base brut (moins les contributions du personnel) et la prime de connaissances linguistiques. Pour les administrateurs et fonctionnaires de rang supérieur la « rémunération terminale » est le salaire de base net</p> <p>...</p>
<p>410. POLITIQUES DE RECRUTEMENT</p> <p>410.1. Les considérations capitales dans la sélection du personnel sont la compétence et l'intégrité. Pour les postes des administrateurs et fonctionnaires de rang supérieur, il faut également accorder une considération sans réserve à la représentation géographique. Cette représentation n'est pas une considération dans les engagements à des postes assujettis au recrutement local.</p> <p>...</p>	<p>410. POLITIQUES DE RECRUTEMENT</p> <p>410.1. Les considérations capitales dans la sélection du personnel sont la compétence et l'intégrité avec la prise en compte des principes de diversité et d'inclusion. Pour les postes des administrateurs et fonctionnaires de rang supérieur, il faut également accorder une considération sans réserve à la représentation géographique. Cette représentation n'est pas une considération dans les engagements à des postes assujettis au recrutement local.</p> <p>...</p>

TEXTE ACTUEL	NOUVEAU TEXTE
<p>420. POLITIQUES D'ENGAGEMENT <u>1</u></p> <p>...</p> <p>420.5. Les engagements peuvent se faire sur la base de temps plein ou partiel ou en vertu d'un contrat-cadre.</p> <p>...</p>	<p>420. POLITIQUES D'ENGAGEMENT <u>1</u></p> <p>...</p> <p>420.5. Les engagements peuvent se faire sur la base de temps plein ou partiel ou en vertu d'un contrat-cadre.</p> <p>...</p>
<p>630. CONGÉ ANNUEL</p> <p>...</p> <p>630.3. Tous les membres du personnel ont droit au congé annuel sauf :</p> <p>630.3.1. les personnes engagées en vertu d'un « contrat-cadre » ;</p> <p>630.3.2. les personnes disposant d'un engagement temporaire, tel que défini dans l'article 420.4, engagées sur une base quotidienne ;</p> <p>630.3.3. les personnes en congé sans solde au titre de l'article 655.1 en excès de 30 jours ;</p> <p>630.3.4. les personnes en congé spécial au titre de la couverture d'assurance en excès de 30 jours ;</p> <p>630.3.5. lorsque spécifié autrement dans le Règlement.</p>	<p>630. CONGÉ ANNUEL</p> <p>...</p> <p>630.3. Tous les membres du personnel ont droit au congé annuel sauf :</p> <p>630.3.1. les personnes engagées en vertu d'un « contrat-cadre » ;</p> <p>630.3.2 1. les personnes disposant d'un engagement temporaire, tel que défini dans l'article 420.4, engagées sur une base quotidienne</p> <p>630.3.3 2. les personnes en congé sans solde au titre de l'article 655.1 en excès de 30 jours ;</p> <p>630.3.4 3. les personnes en congé spécial au titre de la couverture d'assurance en excès de 30 jours ;</p> <p>630.3.5 4. lorsque spécifié autrement dans le Règlement.</p>

TEXTE ACTUEL	NOUVEAU TEXTE
<p>720. ASSURANCE ACCIDENT ET MALADIE</p> <p>...</p> <p>720.2.2. Les membres du personnel engagés pour des périodes de moins d'un an et ceux engagés en vertu d'un « contrat-cadre » sont assurés contre les frais médicaux et hospitaliers, le décès et l'incapacité conformément aux dispositions de la police d'assurance qui les couvre. Les participants contribuent au coût.</p>	<p>720. ASSURANCE ACCIDENT ET MALADIE</p> <p>...</p> <p>720.2.2. Les membres du personnel engagés pour des périodes de moins d'un an et ceux engagés en vertu d'un « contrat-cadre » sont assurés contre les frais médicaux et hospitaliers, le décès et l'incapacité conformément aux dispositions de la police d'assurance qui les couvre. Les participants contribuent au coût.</p>
<p>740. CONGÉ DE MALADIE</p> <p>740.1. Les membres du personnel, à l'exception de ceux engagés en vertu d'un « contrat-cadre » et c qui ne sont pas en mesure de s'acquitter de leurs tâches pour cause de maladie ou de blessure, ou dont la présence est impossible dû à des conditions de santé publique, peuvent recevoir un congé de maladie avec traitement selon les montants suivants :</p> <p>...</p>	<p>740. CONGÉ DE MALADIE</p> <p>740.1. Les membres du personnel, à l'exception de ceux engagés en vertu d'un « contrat-cadre », de ceux exclus en vertu de l'article 1320, qui ne sont pas en mesure de s'acquitter de leurs tâches pour cause de maladie ou de blessure, ou dont la présence est impossible dû à des conditions de santé publique, peuvent recevoir un congé de maladie avec traitement selon les montants suivants :</p> <p>...</p>

TEXTE ACTUEL	NOUVEAU TEXTE
<p>763. CONGÉ DE PATERNITÉ</p> <p>Sur présentation d'une preuve satisfaisante de la naissance de son enfant, un membre du personnel, à l'exception de ceux ayant des engagements temporaires tels que définis dans l'article 420.4, a droit à quatre semaines de congé de paternité ou, dans des circonstances exceptionnelles, à huit semaines de congé de paternité. Les membres du personnel recrutés internationalement en poste dans des lieux d'affectation sans famille ont droit à huit semaines de congé de paternité. Le congé de paternité doit être épuisé dans les 12 mois qui suivent la date de la naissance de l'enfant.</p>	<p>763. CONGÉ DE PATERNITÉ</p> <p>Sur présentation d'une preuve satisfaisante de la naissance de son enfant, un membre du personnel, à l'exception de ceux ayant des engagements temporaires tels que définis dans l'article 420.4, a droit à quatre semaines de congé de paternité ou, dans des circonstances exceptionnelles, à huit semaines de congé de paternité. Les membres du personnel recrutés internationalement en poste dans des lieux d'affectation sans famille ont droit à huit semaines de congé de paternité. Le congé de paternité doit être épuisé dans les 12 mois qui suivent la date de la naissance de l'enfant.</p> <p>763.1. Sur présentation d'une preuve satisfaisante de la naissance de son enfant, un membre du personnel a droit au congé de paternité. Le congé de paternité doit être épuisé dans les 12 mois qui suivent la date de la naissance de l'enfant.</p> <p>763.2. Les membres du personnel ayant un engagement de durée déterminée, tel que défini à l'article 420.3 du Règlement du personnel, ou des engagements de service tels que définis à l'article 420.2 du Règlement du personnel, ont droit à :</p> <p>763.2.1. Quatre semaines de congé de paternité ou, dans des circonstances exceptionnelles, huit semaines de congé de paternité.</p> <p>763.2.2. Les membres du personnel recrutés internationalement en poste dans un lieu d'affectation sans famille ont droit à huit semaines de congé de paternité.</p> <p>763.3. Les membres du personnel ayant des engagements temporaires, tels que définis dans l'article 420.4, ont droit à deux semaines de congé de paternité.</p>

TEXTE ACTUEL	NOUVEAU TEXTE
<p>1230 COMITÉ D'APPEL</p> <p>...</p> <p>1230.4. Les conditions dans lesquelles il peut être interjeté appel sont régies par les dispositions suivantes :</p> <p>1230.4.1. Un membre du personnel ne peut faire appel devant le Comité que lorsque tous les recours administratifs existants ont été épuisés et que la mesure qui fait l'objet de la plainte est devenue définitive. Une mesure est considérée comme définitive lorsqu'elle a été prise par un fonctionnaire dûment habilité et que le membre du personnel en a reçu notification par écrit.</p> <p>...</p>	<p>1230 COMITÉ D'APPEL</p> <p>...</p> <p>1230.4. Les conditions dans lesquelles il peut être interjeté appel sont régies par les dispositions suivantes :</p> <p>1230.4.1. Un membre du personnel ne peut faire appel devant le Comité que lorsque tous les recours administratifs existants ont été épuisés et que la mesure qui fait l'objet de la plainte est devenue définitive. Une mesure est considérée comme définitive lorsqu'elle a été prise par un fonctionnaire dûment habilité le fonctionnaire principal de la gestion des ressources humaines de l'Organisation et que le membre du personnel en a reçu notification par écrit.</p> <p>...</p>

**Barème des traitements des administrateurs et fonctionnaires de rang supérieur montrant
les traitements bruts annuels et équivalents nets après déduction des contributions
du personnel
(en dollars ÉU)**

Avec effet au 1^{er} janvier 2010

		ÉCHELON														
Classe		I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	XIII	XIV	XV
			*	*	*	*	*									
D-2	Brut	149 903	153 214	156 529	159 846	163 160	166 475									
	Net D	110 434	112 589	114 744	116 900	119 054	121 209									
	Net S	101 454	103 273	105 085	106 891	108 693	110 485									
						*	*	*	*	*						
D-1	Brut	137 021	139 804	142 581	145 365	148 149	150 972	153 885	156 794	159 703						
	Net D	101 674	103 567	105 455	107 348	109 241	111 132	113 025	114 916	116 807						
	Net S	93 979	95 623	97 264	98 900	100 534	102 164	103 787	105 410	107 028						
												*	*	*		
P-5	Brut	113 404	115 771	118 140	120 504	122 874	125 238	127 607	129 974	132 341	134 707	137 075	139 441	141 810		
	Net D	85 615	87 224	88 835	90 443	92 054	93 662	95 273	96 882	98 492	100 101	101 711	103 320	104 931		
	Net S	79 537	80 967	82 393	83 818	85 241	86 659	88 077	89 491	90 904	92 314	93 721	95 124	96 528		
															*	*
P-4	Brut	92 907	95 064	97 221	99 378	101 626	103 909	106 196	108 478	110 763	113 044	115 331	117 612	119 897	122 182	124 468
	Net D	71 393	72 946	74 499	76 052	77 606	79 158	80 713	82 265	83 819	85 370	86 925	88 476	90 030	91 584	93 138
	Net S	66 482	67 897	69 311	70 720	72 130	73 539	74 946	76 351	77 754	79 157	80 558	81 958	83 357	84 755	86 151
															*	*
P-3	Brut	75 972	77 968	79 967	81 961	83 960	85 956	87 951	89 951	91 947	93 943	95 943	97 936	99 936	102 044	104 157
	Net D	59 200	60 637	62 076	63 512	64 951	66 388	67 825	69 265	70 702	72 139	73 579	75 014	76 454	77 890	79 327
	Net S	55 259	56 581	57 906	59 227	60 551	61 871	63 192	64 517	65 837	67 159	68 477	69 796	71 112	72 431	73 749
													*			
P-2	Brut	61 919	63 707	65 492	67 279	69 065	70 850	72 638	74 419	76 208	77 996	79 779	81 568			
	Net D	49 082	50 369	51 654	52 941	54 227	55 512	56 799	58 082	59 370	60 657	61 941	63 229			
	Net S	46 037	47 205	48 368	49 534	50 698	51 864	53 049	54 230	55 417	56 600	57 781	58 967			
P-1	brut	47 968	49 496	51 146	52 867	54 579	56 296	58 014	59 732	61 444	63 161					
	Net D	38 854	40 092	41 325	42 564	43 797	45 033	46 270	47 507	48 740	49 976					
	Net S	36 651	37 790	38 930	40 068	41 207	42 344	43 484	44 609	45 728	46 848					

D = Pour les membres du personnel ayant de conjoint à charge ou enfant à charge.

S = Pour les membres du personnel n'ayant pas de conjoint à charge ou d'enfant à charge.

* = La période normale donnant droit à une augmentation d'un échelon à l'intérieur de la classe est de un an, sauf pour les échelons marqués d'un astérisque, pour lesquels il faut avoir exercé deux ans à l'échelon précédent.

STATUT DU PERSONNEL

TEXTE ACTUEL	NOUVEAU TEXTE
<p data-bbox="409 326 758 391" style="text-align: center;">ARTICLE IV Nomination et promotion</p> <p data-bbox="191 448 233 464">...</p> <p data-bbox="191 513 978 837">4.3. Les membres du personnel seront choisis sans distinction de race, de croyance ou de genre ; la sélection sera fondée sur une évaluation des compétences et de l'expérience d'un individu et le recrutement sera fait normalement par voie de concours. Un processus de sélection par voie de concours ne s'applique pas dans le cas d'un poste pourvu par transfert ou par mutation d'un membre du personnel sans promotion quand cela est dans l'intérêt de l'Organisation.</p> <p data-bbox="191 894 233 911">...</p>	<p data-bbox="1228 326 1577 391" style="text-align: center;">ARTICLE IV Nomination et promotion</p> <p data-bbox="1010 448 1052 464">...</p> <p data-bbox="1010 513 1797 870">4.3. Les membres du personnel seront choisis en tenant en compte les principes de diversité et d'inclusion et sans distinction de race, de croyance ou de genre ou de handicap ; la sélection sera fondée sur une évaluation des compétences et de l'expérience d'un individu et le recrutement sera fait normalement par voie de concours. Un processus de sélection par voie de concours ne s'applique pas dans le cas d'un poste pourvu par transfert ou par mutation d'un membre du personnel sans promotion quand cela est dans l'intérêt de l'Organisation.</p> <p data-bbox="1010 927 1052 943">...</p>

CE146.R14 : Stratégie et Plan d'action pour la prévention, le contrôle et les soins contre la maladie de Chagas

LA 146^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant examiné le document CE146/14, *Stratégie et Plan d'action pour la prévention, le contrôle et les soins contre la maladie de Chagas,*

DÉCIDE :

De recommander au Conseil directeur de considérer l'approbation d'une résolution formulée selon les termes suivants :

STRATÉGIE ET PLAN D'ACTION POUR LA PRÉVENTION, LE CONTRÔLE ET LES SOINS CONTRE LA MALADIE DE CHAGAS

LE 50^e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant examiné le document CD50/__, *Stratégie et Plan d'action pour la prévention, le contrôle et les soins contre la maladie de Chagas* et tenant compte de :

- (a) l'existence de mandats et de résolutions antérieures de l'Organisation panaméricaine de la Santé, comme la résolution CD49.R19 du 49^e Conseil directeur (2009) *Élimination des maladies négligées et autres infections liées à la pauvreté* et de la résolution WHA63.20 de l'Assemblée mondiale de la Santé (2010) *Maladie de Chagas : lutte et élimination* ;
- (b) du besoin de terminer le « programme inachevé », car la proportion de la population touchée est encore élevée parmi les populations les plus pauvres et les plus marginalisées des Amériques, et de s'attaquer aux déterminants de la santé pour réduire le fardeau sanitaire, social et économique que représente la maladie de Chagas ;
- (c) de la vaste expérience de la Région des Amériques dans la mise en œuvre de stratégies pour l'élimination des maladies transmissibles et concernant les progrès accomplis en matière de réduction du fardeau de la maladie de Chagas, pour la prévention et le contrôle de laquelle il existe des interventions de santé publique appropriées et efficaces par rapport aux coûts ;
- (d) des succès obtenus par les États membres grâce aux initiatives infrarégionales de prévention et de lutte contre la maladie de Chagas, mais consciente de la nécessité d'élargir les activités existantes,

DÉCIDE :

1. D'appuyer la Stratégie et d'approuver le Plan d'action pour la prévention, le contrôle et les soins contre la maladie de Chagas.
2. De prier instamment les États membres :
 - (a) d'examiner les plans nationaux ou d'établir de nouveaux plans pour la prévention, le contrôle et les soins contre la maladie de Chagas dans une approche intégrée qui comprend les déterminants sociaux de la santé et en tenant compte de la collaboration interprogrammes et de l'action intersectorielle ;
 - (b) de renforcer et de privilégier les initiatives infrarégionales de prévention et de contrôle de la maladie de Chagas, en y ajoutant la composante des soins médicaux pour les personnes touchées de manière à avancer dans la coopération technique entre pays et à atteindre les objectifs proposés ;
 - (c) de fournir les ressources nécessaires et mettre en œuvre la Stratégie et le Plan d'action pour la prévention, le contrôle et les soins contre la maladie de Chagas ;
 - (d) de redoubler d'efforts pour atteindre l'objectif, déjà mis en place, d'élimination du vecteur de transmission *T. cruzi* d'ici 2015 et pour agir sur les modes de transmission transfusionnelle, transplacentaire, par le don d'organes et autres ;
 - (e) de mettre en œuvre des stratégies de prévention, de diagnostic, de soins, de traitement et de contrôle vectoriel d'une manière intégrée, avec une large participation communautaire, de manière à contribuer au renforcement des systèmes nationaux de santé, y compris les systèmes de soins de santé primaires et les systèmes de surveillance, d'alerte et de riposte, en tenant compte des particularités de sexe et des groupes ethniques ;
 - (f) de soutenir la recherche visant à fournir des preuves scientifiques appropriées dans les domaines du contrôle, de la surveillance, du diagnostic et du traitement de la maladie de Chagas pour atteindre les objectifs fixés dans la Stratégie et le Plan d'action, en mettant l'accent sur le développement de tests de diagnostic accessibles et opportuns, y compris le test de guérison, et de médicaments plus sûrs.
3. De demander à la Directrice :
 - (a) de soutenir la mise en œuvre de la Stratégie et du Plan d'action pour la prévention, le contrôle et les soins contre la maladie de Chagas et de fournir l'assistance technique

nécessaire aux pays pour la préparation et la mise en œuvre des plans d'action nationaux ;

- (b) de continuer de plaider pour la mobilisation active des ressources et de promouvoir une coopération étroite pour forger des alliances qui soutiennent la mise en œuvre de cette résolution, comme tel est le cas du fonds d'affectation spéciale destiné à soutenir l'élimination des maladies négligées et des autres maladies infectieuses liées à la pauvreté, cité dans la résolution CD49.R19 (2009) ;
- (c) de renforcer les mécanismes régionaux pour améliorer l'accès et la distribution du traitement étiologique contre la maladie de Chagas et d'encourager de nouveaux progrès dans ce domaine pour surmonter les obstacles et les difficultés en matière d'accessibilité au traitement ;
- (d) de promouvoir et de renforcer la coopération technique entre les pays et de créer des alliances stratégiques pour mener des activités visant à éliminer la maladie de Chagas en tant que problème de santé publique ;
- (e) d'apporter son soutien au renforcement des soins de santé primaires, de même qu'au suivi et à l'évaluation des plans d'action nationaux qui sont mis en œuvre.

(Huitième réunion, le 24 juin 2010)

CE146.R15 : Stratégie et Plan d'action pour l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH et de la syphilis congénitale

LA 146^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant examiné le rapport de la Directrice, *Stratégie et Plan d'action pour l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH et de la syphilis congénitale* (document CE146/15), sur la base du Plan stratégique de l'OPS pour la période 2008-2012,

DÉCIDE :

De recommander au Conseil directeur de considérer l'approbation d'une résolution formulée selon les termes suivants :

**STRATÉGIE ET PLAN D'ACTION POUR L'ÉLIMINATION
DE LA TRANSMISSION MÈRE-ENFANT
DU VIH ET DE LA SYPHILIS CONGÉNITALE**

LE 50^e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant examiné le rapport de la Directrice, *Stratégie et Plan d'action pour l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH et de la syphilis congénitale* (document CD50/___), sur la base du Plan stratégique de l'OPS pour la période 2008-2012 ;

Considérant que l'examen de la situation actuelle indique que les deux conditions de base pour l'élimination des deux maladies sont à la portée des pays des Amériques : disponibilité de moyens efficaces pour interrompre la transmission mère-enfant du VIH et de la syphilis congénitale (viabilité biologique) et disponibilité de mesures pratiques de traitement et d'outils de diagnostic simples, accessibles et durables (viabilité programmatique et financière) ;

Soulignant que bien que nombre de pays aient élargi avec succès leur réponse face au VIH en généralisant les règles de prévention de la transmission mère-enfant, l'accès au diagnostic et au traitement de la syphilis congénitale ne s'est pas amélioré simultanément et des problèmes organisationnels et de gestion dans les systèmes de santé de la Région subsistent tels que la fragmentation des services, les inégalités dans la prestation de services, le manque de ressources humaines et leur capacité et le manque d'intrants ;

Reconnaissant que le but est de dépasser la conception actuelle selon laquelle la prévention de la transmission mère-enfant du VIH et celle de la syphilis congénitale étaient abordées de manière séparée, dans une perspective davantage axée sur la maladie que sur la personne et que les deux conditions se retrouvent, ou peuvent se retrouver, chez une même femme et que les services que nous fournissons vont avoir un impact sur l'ensemble de la famille ;

Gardant à l'esprit les engagements pris dans les résolutions *Plan d'action pour l'élimination de la syphilis congénitale* (résolution CE116.R3 [1995]), *Intensification du traitement dans le cadre d'une réponse intégrée au VIH/sida* (résolution CD45.R10 [2004]), *Plan stratégique régional de l'Organisation panaméricaine de la Santé pour le contrôle du VIH/SIDA/MTS (2006-2015)* (résolution CD46.R15 [2005]) et *Élimination des maladies négligées et autres infections liées à la pauvreté* (résolution CD49.R19 [2009]) ;

Reconnaissant que l'Organisation panaméricaine de la Santé a collaboré avec les pays de la Région en vue d'établir des bases conceptuelles et techniques de même que

l'infrastructure permettant l'élaboration de programmes et de politiques nationales en matière de santé génésique et sexuelle, dans la perspective de l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH et de la syphilis congénitale ;

Considérant l'importance d'un plan d'action permettant la mise en œuvre de la Stratégie pour l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH et de la syphilis congénitale, qui guidera la préparation des futurs plans nationaux lorsque nécessaire, et des plans stratégiques de toutes les organisations intéressées par la coopération en santé dans ce but dans les pays des Amériques.

DÉCIDE :

1. D'appuyer la Stratégie et le Plan d'action pour l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH et de la syphilis congénitale d'ici à 2015 afin de répondre avec efficacité et efficience aux besoins actuels et émergents tout en accordant une attention particulière aux inégalités qui perdurent dans l'état de la santé et afin de renforcer la réponse du système sanitaire et favoriser l'élaboration et l'exécution de politiques, de lois, de plans, de programmes et de services permettant de faire face à ce problème de santé publique.
2. De prier instamment les États membres :
 - (a) d'accorder la priorité à l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH et de la syphilis congénitale et à la réduction des facteurs de risque, au moyen de l'intégration des interventions de prévention et de contrôle du VIH/IST dans les services de soins prénataux, de santé sexuelle et génésique et tout autres services pertinents ;
 - (b) d'élaborer et d'exécuter des plans nationaux et de promouvoir l'établissement de politiques publiques guidées par la Stratégie et le Plan d'action, en se focalisant sur les besoins des populations les plus vulnérables et les plus à risques ;
 - (c) de collaborer avec les autres pays de la Région pour un échange d'expériences, d'outils, de plaidoyers conjoints et d'expériences de suivi et d'évaluation concernant les progrès de l'initiative d'élimination ;
 - (d) d'exécuter la Stratégie et le Plan d'action, comme il convient, dans une perspective intégrée du système de santé sur la base des soins primaires de santé, en soulignant l'action intersectorielle tout en surveillant et évaluant l'efficacité du programme et l'allocation des ressources ;
 - (e) de promouvoir la collecte et l'utilisation de données sur la transmission mère-enfant du VIH et de la syphilis congénitale, ventilées par âge, sexe et groupe ethnique, et l'utilisation d'analyses de genre, de nouvelles technologies (par exemple les systèmes

d'information géographique) et de modèles de projection pour renforcer la planification, la mise en œuvre et la surveillance des plans, des politiques, des programmes, des lois et des interventions nationales en rapport avec la santé génésique et sexuelle ;

- (f) d'augmenter la couverture des services de santé de qualité et l'accès à ces services (y compris la promotion, le diagnostic précoce, la prévention, le traitement efficace et les soins sur le long terme), afin de stimuler la demande pour ces services et leur utilisation par les femmes en âge de procréer, les femmes enceintes et leur conjoint ;
- (g) de favoriser le développement de la capacité des responsables en matière de politiques, des directeurs de programmes et des prestataires de soins de santé, en vue d'élaborer des politiques et des programmes qui assurent la promotion du développement de la communauté et offrent des services de santé de qualité et efficaces, répondant aux besoins en matière de santé génésique et sexuelle, et aux déterminants qui s'y rapportent ;
- (h) d'améliorer la coordination dans le secteur de la santé et avec les partenaires d'autres secteurs, afin de garantir que les mesures et les initiatives en santé et développement de la santé génésique et sexuelle soient mises en pratique, tout en réduisant au minimum la duplication des fonctions et intensifiant au maximum l'impact des ressources limitées ;
- (i) de promouvoir une participation communautaire vigoureuse du secteur de la santé.

3. De demander à la Directrice :

- (a) de promouvoir la coordination et la mise en œuvre de la Stratégie et du Plan d'action, au moyen de l'intégration des actions des secteurs programmatiques de l'OPS, aux niveaux national, infrarégional, régional et inter-agences ;
- (b) de collaborer avec les États membres dans la mise en œuvre de la Stratégie et du Plan d'action en fonction de leur propre contexte et des priorités nationales et de promouvoir la dissémination et l'utilisation des produits qui en sont dérivés aux niveaux national, infrarégional, régional et inter-agences ;
- (c) de favoriser l'élaboration d'initiatives de collaboration en matière de recherche qui puissent permettre d'obtenir les éléments de preuve nécessaires à l'établissement et la dissémination de programmes et d'interventions effectifs et adéquats pour l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH et de la syphilis congénitale et pour l'amélioration de la santé génésique et sexuelle ;

- (d) d'établir de nouvelles alliances et de renforcer celles qui existent au sein de la communauté internationale afin de mobiliser les ressources humaines, financières et technologiques nécessaires pour la mise en œuvre de la Stratégie et du Plan d'action ;
- (e) d'encourager la coopération technique entre les pays, les sous-régions, les organisations internationales et régionales, les entités du gouvernement, les organisations privées, les universités, les moyens de communication, la société civile et les communautés, en matière d'activités ayant pour objet la promotion de la santé sexuelle et génésique ;
- (f) de promouvoir la coordination entre la Stratégie et le Plan action et les initiatives similaires lancées par d'autres organismes internationaux de coopération technique et de financement ;
- (g) de rendre des comptes périodiquement aux Organes directeurs de l'OPS sur les progrès et les limites évalués au cours de l'exécution de la Stratégie et du Plan d'action et d'envisager d'adapter ce Plan pour répondre aux différents contextes et aux nouveaux défis dans la Région.

(Septième réunion, le 24 juin 2010)

CE146.R16 : La santé et les droits de l'homme

LA 146^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant considéré le document conceptuel *La santé et les droits de l'homme* (document CE146/21, Rév. 1),

DÉCIDE :

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

LA SANTÉ ET LES DROITS DE L'HOMME

LE 50^e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant considéré le document conceptuel *La santé et les droits de l'homme* (document CD50/___) ;

Tenant compte de ce que la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé établit un principe international fondamental en vertu duquel « ...la jouissance du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre a été consacrée comme l'un des droits fondamentaux de tout être humain sans distinction de race, de religion, d'idéologie politique ou de condition économique ou sociale... » ;

Reconnaissant que dans le Programme d'action sanitaire pour les Amériques (2008-2017), les ministres et secrétaires de la santé ont : a) déclaré leur engagement renouvelé aux principes établis antérieurement par la Constitution de l'OMS, b) reconnu que les droits de l'homme font partie des principes et des valeurs intrinsèques au Programme sanitaire et c) déclaré que, dans le but de concrétiser le droit à la jouissance du meilleur état de santé qui peut être atteint, les pays doivent poursuivre l'atteinte de l'universalité, l'accessibilité, l'intégralité, la qualité et l'inclusion dans les systèmes de santé disponibles pour les personnes individuelles, les familles et les communautés ;

Conscient que le Plan stratégique de l'OPS 2008-2012 amendé indique que « ...le droit international des droits de l'homme consacré dans les conventions et les normes internationales et régionales en matière de droits de l'homme offre un cadre conceptuel et juridique unificateur de ces stratégies, ainsi que des mesures pour évaluer les progrès et clarifier la reddition de comptes et les responsabilités des divers intéressés directs... » ;

Reconnaissant que les instruments des droits de l'homme des systèmes des Nations Unies et interaméricain sont utiles pour le progrès des États membres en ce qui concerne la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD), en particulier ceux qui se rapportent à réduire l'extrême pauvreté et la faim (OMD 1), réduire la mortalité de l'enfant (OMD 4), améliorer la sante maternelle (OMD 5) et combattre le VIH/sida, la paludisme et d'autres maladies (OMD 6) ;

Notant que la Conférence sanitaire panaméricaine et le Conseil directeur ont recommandé aux États membres de formuler et d'adopter des politiques, plans et législations en matière de santé qui soient conformes aux instruments internationaux des droits de l'homme qui sont applicables dans le contexte de la santé mentale (document CD49/11), du vieillissement actif et sain (document CD49/8), de la santé des adolescents et des jeunes (document CD49/12), de l'égalité des sexes (document CD49/13), de la réduction de la mortalité et de la morbidité maternelles (document CSP26/14), de l'accès aux soins pour les personnes qui vivent avec le VIH (document CD46/20), de la santé des peuples autochtones (document CD47/13) et du handicap, de la prévention et de la réhabilitation (document CD47/15), entre autres ;

Reconnaissant que dans certains États membres de l'OPS les questions de santé peuvent relever de niveaux de juridiction différents,

DÉCIDE :

1. De prier instamment les États membres, en tenant compte du contexte national, des capacités de financement et budgétaires, ainsi que de la législation en vigueur :
 - (a) de renforcer la capacité technique de l'autorité sanitaire aux fins de collaboration avec les entités gouvernementales appropriées des droits de l'homme (« défenseurs des droits de l'homme, secrétariats aux droits de l'homme ») pour évaluer et superviser l'exécution des instruments internationaux des droits de l'homme applicables au domaine de la santé ;
 - (b) de renforcer la capacité technique des autorités sanitaires pour appuyer la formulation de politiques et de plans de santé conformes aux instruments internationaux des droits de l'homme applicables en matière de santé ;
 - (c) de considérer l'utilisation de la coopération technique de l'OPS dans la formulation, la révision et, si nécessaire, la réforme des plans nationaux et de la législation en matière de santé, en leur incorporant les instruments internationaux des droits de l'homme qui sont applicables, en particulier les dispositions visant à la protection des groupes en situation vulnérable ;
 - (d) d'encourager et de consolider les programmes de formation de agents de santé concernant les instruments internationaux des droits de l'homme qui sont applicables ;
 - (e) de formuler et, si possible, d'adopter des mesures de caractère législatif, administratif, éducatif et d'autre nature pour diffuser les instruments internationaux des droits de l'homme applicables et qui visent la protection du droit à la jouissance du niveau de santé le plus élevé possible et d'autres droits de l'homme apparentés, parmi le personnel approprié des corps législatifs et judiciaires et autres autorités gouvernementales ;
 - (f) de promouvoir, selon le besoin, la diffusion de l'information entre les organisations de la société civile et les autres acteurs sociaux, concernant les instruments internationaux des droits de l'homme qui leur sont applicables et qui ont trait à la santé, afin de traiter de la stigmatisation, de la discrimination et de l'exclusion des groupes en situation vulnérable.
2. De demander à la Directrice, dans la mesure permise par les ressources financières de l'Organisation :

- (a) de continuer à favoriser la collaboration technique de l'OPS avec les comités, organes et rapporteurs des droits de l'homme des systèmes des Nations Unies et interaméricain ;
- (b) de continuer à soutenir le personnel de l'Organisation pour que, progressivement, les domaines techniques les plus liés à la protection de la santé des groupes vulnérables incorporent dans leurs programmes les instruments internationaux des droits de l'homme ayant trait à la santé ;
- (c) de faciliter et d'encourager la collaboration et la recherche avec les entités d'enseignement, le secteur privé, les organisations de la société civile et les autres acteurs sociaux, selon le besoin, afin de promouvoir et de protéger les droits de l'homme dans le respect des instruments en matière de droits de l'homme ayant trait à la santé ;
- (d) d'encourager l'échange des bonnes pratiques et des expériences fructueuses entre les États membres de l'OPS afin d'éviter la stigmatisation, la discrimination et l'exclusion des groupes vulnérables.

(Huitième réunion, le 24 juin 2010)

CE146.R17 : Institutions nationales associées à l'OPS en matière de coopération technique

LA 146^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant examiné le document CE146/12, *Institutions nationales associées en matière de coopération technique* ;

DÉCIDE :

De recommander au Conseil directeur de considérer l'approbation d'une résolution formulée selon les termes suivants :

**INSTITUTIONS NATIONALES ASSOCIÉES À L'OPS
EN MATIÈRE DE COOPÉRATION TECHNIQUE**

LE 50^e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant examiné le document CD50/__, *Institutions nationales associées en matière de coopération technique* ;

Vu l'article 71 de la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) ; l'article 26 de la Constitution de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) ainsi que les cadres de gouvernance et les mandats émis par le Comité exécutif, le Conseil directeur et la Conférence sanitaire panaméricaine de l'Organisation panaméricaine de la Santé (c'est-à-dire résolution CD19.R37 [1969], résolution CE61.R12 [1969], résolution CE64.R19 [1970], résolution CSP18.R33 [1970], résolution CD25.R31 [1977], document CD25/29 [1977], résolution CSP20.R31[1978], document CSP20/3 [1978], document CE99/9 [1987], résolution CE126.R15 [2000], document CE126/7 Add. I [2000], document CE136/12 [2005], document CE139/7 [2006] ;

Reconnaissant que l'un des objectifs fondamentaux de l'OPS/OMS est de renforcer les capacités nationales pour la réalisation durable des objectifs de santé publique aux niveaux national et mondial et que ces capacités nécessitent des approches globales qui peuvent affecter les déterminants de la santé, assurer une collaboration intersectorielle et promouvoir des initiatives public-privé et avec la société civile ;

Prenant note qu'au cours des années, la coopération technique de l'OPS/OMS avec ses États membres s'est développée de manière significative grâce à la participation des institutions nationales et qu'un processus de formalisation des relations institutionnelles de travail est nécessaire pour permettre à l'OPS d'agir comme catalyseur dans la mobilisation et le renforcement de ces capacités ;

Soulignant que la présente proposition complète le travail de l'OPS/OMS avec les centres collaborateurs de l'OMS et les organisations non gouvernementales déjà en relations officielles avec l'OPS/OMS,

DÉCIDE :

1. D'approuver la reconnaissance des *Institutions nationales associées à l'Organisation panaméricaine de la Santé en matière de coopération technique (INACO)* et les règlements pour leur identification, leur désignation et leur suivi.
2. De prier instamment les États membres :
 - (a) d'encourager la mobilisation, l'utilisation et le renforcement des capacités des Institutions nationales associées à l'OPS en matière de coopération technique du pays en soutien aux processus de développement de la santé aux niveaux national et infranational et en partenariat stratégique avec l'OPS/OMS ;
 - (b) de collaborer avec l'OPS/OMS à la mise en œuvre d'un processus formel de sélection des institutions nationales impliquées dans la coopération technique en matière de santé et à l'établissement de mécanismes de surveillance et de contrôle de la qualité et de l'efficacité de la coopération fournie ;

- (c) d'effectuer une analyse des capacités institutionnelles existantes pouvant être désignées en tant qu'Institutions nationales associées à l'OPS en matière de coopération technique.
3. De demander à la Directrice :
- (a) de renforcer les relations de travail entre l'OPS/OMS et les institutions nationales des États membres grâce à la sélection et à la désignation des Institutions nationales associées à l'OPS en matière de coopération technique de manière à favoriser une coordination plus efficiente et efficace des efforts nationaux visant à atteindre les objectifs et les résultats escomptés dans les programmes et plans de santé nationaux et infranationaux ;
 - (b) de fournir un appui technique aux États membres dans l'identification des institutions nationales qui pourraient être désignées comme Institutions nationales associées à l'OPS en matière de coopération technique ainsi que des mécanismes pour leur surveillance et leur contrôle ;
 - (c) de promouvoir et de développer la mise en place progressive de réseaux d'Institutions nationales associées à l'OPS en matière de coopération technique ;
 - (d) de plaider en faveur de la mobilisation de ressources additionnelles aux niveaux national et international pour soutenir le plan de travail convenu entre l'OPS/OMS et les Institutions nationales associées à l'OPS en matière de coopération technique.

(Huitième réunion, le 24 juin 2010)

CE146.R18 : Santé sécurité humaine et bien-être

LA 146^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Après avoir étudié le rapport de la Directrice, *Santé, sécurité humaine et bien-être* (document CE146/17),

DÉCIDE :

De recommander que le Conseil directeur adopte une résolution rédigée selon les termes suivants :

SANTÉ, SÉCURITÉ HUMAINE ET BIEN-ÊTRE

Le 50^e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant examiné le rapport de la Directrice, *Santé, sécurité humaine et bien-être* (document CD50/___) ;

Reconnaissant les composantes multiples et complexes de la sécurité humaine et la contribution essentielle de la santé publique à sa pleine réalisation ;

Reconnaissant que différents facteurs économiques, sociaux et environnementaux ont une influence sur la santé, la sécurité humaine et la qualité de la vie des peuples ;

Comprenant que les inégalités de santé menacent la sécurité humaine et limitent le développement, en particulier parmi les groupes en situation de vulnérabilité ;

Considérant l'importance de la relation entre la sécurité humaine et la santé dans l'avancement de l'approche des déterminants de la santé et des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) ;

Reconnaissant l'importance du Règlement sanitaire international pour la santé et la sécurité humaine ;

Ayant à l'esprit la Déclaration du Millénaire des Nations Unies, le document final du Sommet mondial de 2005 et le rapport final de la Commission sur les déterminants sociaux en matière de santé, entre autres,

DÉCIDE :

1. De prier instamment les États membres de continuer à encourager la réflexion concernant le concept de sécurité humaine et sa relation avec la santé, en vue de l'inclure dans les plans sanitaires des pays, en soulignant la coordination et la participation multisectorielles et inter-agences pour obtenir l'approche intégrale que cette notion encourage.
2. De demander à la Directrice :
 - (a) de suivre le déroulement de la discussion concernant le concept de la sécurité humaine et sa relation avec la santé dans les forums multilatéraux appropriés ;

- (b) d'explorer la possibilité d'élaborer de lignes directrices en matière de politiques et d'instruments méthodologiques permettant l'inclusion de l'approche de la sécurité humaine et de sa relation avec la santé au sein des programmes et des activités de l'Organisation ;
- (c) d'encourager la formation du personnel de l'OPS et des États membres, selon le besoin, en matière de sécurité humaine et sa relation avec la santé.

(Huitième réunion, le 24 juin 2010)

Décisions

Décision CE146(D1) Adoption de l'ordre du jour

Conformément à l'Article 9 de son Règlement intérieur, le Comité exécutif a adopté l'ordre du jour présenté par la Directrice, tel qu'amendé (document CE146/1, Rev. 3).

(Première séance, 21 juin 2010)

Décision CE146(D2) Représentation du Comité exécutif auprès du 50^e Conseil directeur, 62^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques

Conformément à l'Article 54 de son Règlement intérieur, le Comité exécutif a décidé de désigner son Président (Mexique) et son Rapporteur (Suriname) pour représenter le Comité lors du 50^e Conseil directeur, 62^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques.

(Sixième séance, 23 juin 2010)

EN FOI DE QUOI, le Président du Comité exécutif, Délégué du Mexique et le Secrétaire ex officio, Directrice du Bureau sanitaire panaméricain signent le présent rapport en langue espagnole.

FAIT à Washington, D.C., ce vingt-cinquième jour de juin de l'année deux mille dix. Le Secrétaire déposera les textes originaux dans les archives du Bureau sanitaire panaméricain.

Fernando Meneses González
Délégué du Mexique
Président de la
146^e session du Comité exécutif

Mirta Roses Periago
Directrice du Bureau sanitaire
panaméricain
Bureau sanitaire panaméricain
Secrétaire ex officio de la
146^e session du Comité exécutif

ORDRE DU JOUR PROVISOIRE

1. Ouverture de la session

2. Questions relatives au Règlement

2.1 Adoption de l'ordre du jour et du programme des réunions

(Article 9 du Règlement intérieur du Comité exécutif)

2.2 Représentation du Comité exécutif lors du 50^e Conseil directeur, 62^e session du Comité Régional de l'OMS pour les Amériques

(Article 54 du Règlement intérieur du Comité exécutif)

2.3 Ordre du jour provisoire du 50^e Conseil directeur de l'OPS, 62^e session du Comité Régional de l'OMS pour les Amériques

(Article 12.C de la Constitution de l'OPS)

(Article 7 du Règlement intérieur du Conseil directeur)

3. Questions relatives aux Comités

3.1 Rapport de la quatrième session du Sous-comité programme, budget et administration

3.2 Prix de l'OPS d'administration 2010

3.3 Organisations non gouvernementales (ONG) en relations officielles avec l'OPS

3.4 Rapport annuel du Bureau d'éthique 2009-2010

3.5 Désignation de trois membres auprès du Comité d'audit de l'OPS

4. Questions relatives à la politique des programmes

- 4.1 Évaluation du Budget programme 2008-2009 en fin de période biennale/Rapport de situation intérimaire sur le Plan stratégique 2008-2012 de l'OPS (projet)
- 4.2 Modernisation du système d'information pour la gestion du BSP
- 4.3 Évaluation de la politique du Budget programme Régional
- 4.4 Institutions nationales associés à l'OPS en matière de coopération technique
- 4.5 Stratégie de réduction de l'abus de substances psychoactives
- 4.6 Stratégie et plan d'action pour la prévention, le contrôle et les soins contre la maladie de Chagas
- 4.7 Stratégie et plan d'action pour l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH et de la syphilis congénitale
- 4.8 Développement des compétences du personnel de santé dans les systèmes de santé fondés sur les soins de santé primaires
- 4.9 Santé, sécurité humaine et bien-être
- 4.10 Stratégie et plan d'action pour la réduction de la malnutrition chronique
- 4.11 Renforcement des programmes de vaccination
- 4.12 Plan d'action sur la sécurité des hôpitaux
- 4.13 La santé et les droits de l'homme
- 4.14 Examen des Centres panaméricains

5. Questions administratives et financières

- 5.1 Rapport sur le recouvrement des contributions
- 5.2 Rapport financier du Directeur et rapport du Commissaire aux comptes externe pour 2008-2009
- 5.3 Processus de nomination du Commissaire aux comptes externe de l'OPS pour 2012-2013 et 2014-2015
- 5.4 Plan-cadre d'investissement
- 5.5 Statut des projets financés par le compte de réserve de l'OPS
- 5.6 Examen de la commission prélevée sur les achats de fournitures de santé publique effectués pour le compte des États membres

6. Questions relatives au personnel

- 6.1 Amendements au Règlement et au Statut du personnel du Bureau sanitaire panaméricain
- 6.2 Réforme contractuelle à l'OPS
- 6.3 Déclaration du Représentant de l'Association du personnel de l'OPS/OMS

7. Questions soumises pour information

- 7.1 Budget programme de l'OMS 2008-2009 : rapport sur l'appréciation de l'exécution
- 7.2 Cadre de gestion fondée sur les résultats de l'OPS
- 7.3 Système à l'intégrité et de gestion des conflits à l'OPS
- 7.4 Préparatifs pour la table ronde sur l'urbanisme et une vie saine

- 7.5 30^e anniversaire de l'éradication de la variole et de la création du Fonds renouvelable de l'OPS pour l'achat de vaccins
- 7.6 Rapports d'avancement sur les questions techniques :
- A Mise en œuvre du Règlement sanitaire international (2005)
 - B Mise à jour sur la grippe pandémique (H1N1) 2009
 - C Plan d'action régional pour le renforcement du recueil des données d'état civil et de sante
 - D Initiative régionale sur les données sanitaires de base et les profils de pays
 - E Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac : opportunités et défis concernant sa mise en œuvre aux Amériques
 - F Mise en œuvre de la stratégie régionale et plan d'action pour une approche intégrée de la prévention des maladies chroniques et de la lutte contre celles-ci, y compris l'alimentation, l'activité physique et la santé
 - G Élimination de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale
- 7.7 Résolutions et autres actions d'organisations intergouvernementales revêtant un intérêt pour l'OPS : 63^e Assemblée mondiale de la Santé
- 7.8 Rapport d'avancement sur les questions administratives et financières: état de la mise en œuvre des Normes comptables internationales du secteur public (IPSAS)

8. Questions diverses

9. Clôture de la session

LISTE DE DOCUMENTS

Documents officiels

Doc. Of. 337 Rapport financier du Directeur et rapport du Commissaire aux comptes externe pour 2008-2009

Documents de travail

CE146/1, Rév. 3
et CE146/WP/1 Adoption de l'ordre du jour et du programme des réunions

CE146/2 Représentation du Comité exécutif lors du 50^e Conseil directeur, 62^e session du Comité Régional de l'OMS pour les Amériques

CE146/3, Rév. 2 Ordre du jour provisoire du 50^e Conseil directeur de l'OPS, 62^e session du Comité Régional de l'OMS pour les Amériques

CE146/4 Rapport de la quatrième session du Sous-comité programme, budget et administration

CE146/5 Prix de l'OPS d'administration 2010

CE146/6 Organisations non gouvernementales (ONG) en relations officielles avec l'OPS

CE146/7 Rapport annuel du Bureau d'éthique 2009-2010

CE146/8 Désignation de trois membres auprès du Comité d'audit de l'OPS

CE146/9 Évaluation du Budget programme 2008-2009 en fin de période biennale/Rapport de situation intérimaire sur le Plan stratégique 2008-2012 de l'OPS (projet)

Documents de travail *(suite)*

CE146/10	Modernisation du système d'information pour la gestion du BSP
CE146/11	Évaluation de la politique du Budget programme Régional
CE146/12	Institutions nationales associés à l'OPS en matière de coopération technique
CE146/13, Rév. 1	Stratégie de réduction de l'abus de substances psychoactives
CE146/14	Stratégie et plan d'action pour la prévention, le contrôle et les soins contre la maladie de Chagas
CE146/15	Stratégie et plan d'action pour l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH et de la syphilis congénitale
CE146/16	Développement des compétences du personnel de santé dans les systèmes de santé fondés sur les soins de santé primaires
CE146/17	Santé, sécurité humaine et bien-être
CE146/18	Stratégie et plan d'action pour la réduction de la malnutrition chronique
CE146/19	Renforcement des programmes de vaccination
CE146/20	Plan d'action sur la sécurité des hôpitaux
CE146/21, Rév. 1	La santé et les droits de l'homme
CE146/22	Examen des Centres panaméricains
CE146/23	Rapport sur le recouvrement des contributions

Documents de travail *(suite)*

CE146/24, Rév. 1	Rapport financier du Directeur et rapport du Commissaire aux comptes externe pour 2008-2009
CE146/25	Processus de nomination du Commissaire aux comptes externe de l'OPS pour 2012-2013 et 2014-2015
CE146/26	Plan-cadre d'investissement
CE146/27	Statut des projets financés par le compte de réserve de l'OPS
CE146/28, Rév. 1	Examen de la commission prélevée sur les achats de fournitures de santé publique effectués pour le compte des États membres
CE146/29	Amendements au Règlement et au Statut du personnel du Bureau sanitaire panaméricain
CE146/30	Réforme contractuelle à l'OPS
CE146/31	Déclaration du Représentant de l'Association du personnel de l'OPS/OMS

Documents d'Information

CE146/INF/1	Budget programme de l'OMS 2008-2009 : rapport sur l'appréciation de l'exécution
CE146/INF/2	Cadre de gestion fondée sur les résultats de l'OPS
CE146/INF/3	Système à l'intégrité et de gestion des conflits à l'OPS
CE146/INF/4	Préparatifs pour la table ronde sur l'urbanisme et une vie saine

Documents d'Information *(suite)*

- CE146/INF/5 30^e anniversaire de l'éradication de la variole et de la création du Fonds renouvelable de l'OPS pour l'achat de vaccins
- CE146/INF/6, Rév. 1 Rapports d'avancement sur les questions techniques
- H. Mise en œuvre du Règlement sanitaire international (2005)
 - I. Mise à jour sur la grippe pandémique (H1N1) 2009
 - J. Plan d'action régional pour le renforcement du recueil des données d'état civil et de santé
 - K. Initiative régionale sur les données sanitaires de base et les profils de pays
 - L. Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac : opportunités et défis concernant sa mise en œuvre aux Amériques
 - M. Mise en œuvre de la stratégie régionale et plan d'action pour une approche intégrée de la prévention des maladies chroniques et de la lutte contre celles-ci, y compris l'alimentation, l'activité physique et la santé
 - N. Élimination de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale
 - O. Réalisation des OMD liés à la santé dans la Région des Amériques
- CE146/INF/7 Résolutions et autres actions d'organisations intergouvernementales revêtant un intérêt pour l'OPS : 63^e Assemblée mondiale de la Santé

Documents d'Information *(suite)*

CE146/INF/8

Rapport d'avancement sur les questions
administratives et financières: état de la mise en
œuvre des Normes comptables internationales
du secteur public (IPSAS)

LISTE DES PARTICIPANTS

MEMBERS OF THE COMMITTEE/MIEMBROS DEL COMITÉ

ARGENTINA

Dr. Eduardo Bustos Villar
Secretario de Determinantes de la Salud
y Relaciones Sanitarias
Ministerio de Salud de la Nación
Buenos Aires

Lic. Sebastián Tobar
Director Nacional de Relaciones
Internacionales
Ministerio de Salud de la Nación
Buenos Aires

Lic. Andrea Polach
Asesora técnica profesional
Dirección Nacional de Relaciones
Internacionales
Ministerio de Salud de la Nación
Buenos Aires

Sra. Ana Marcela Pastorino
Consejera
Misión Permanente de Argentina ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

BOLIVIA

Dr. Martín Maturano
Viceministro de Salud y Promoción
Ministerio de Salud y Deportes
Plaza del Estudiante
La Paz

Sr. Aylin Oropeza
Primer Secretario, Representante
Alternativo de Bolivia ante la Organización de
los Estados Americanos
Washington, D.C.

COLOMBIA

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

GUATEMALA

Sr. Jorge Skinner-Kleé
Embajador, Representante Permanente
de Guatemala ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

Sr. Lionel Maza
Representante Alternativo de Guatemala
ante la Organización de los Estados
Americanos
Washington, D.C.

Sr. José Miguel Valladares
Consejero
Misión Permanente de Guatemala ante la
Organización de los Estados
Americanos
Washington, D.C.

HAITI/HAÏTÍ

Dr Alex Larsen
Ministre de la Santé publique
et de la Population
Ministère de la Santé publique
et de la Population
Port-au-Prince

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

MEMBERS OF THE COMMITTEE/MIEMBROS DEL COMITÉ (cont.)

MEXICO/MÉXICO

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

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

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

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

Lic. Blanca Estela Fernández
Coordinadora del Programa de Diabetes
Centro Nacional de Prevención y Control
de Enfermedades
México, D.F.

Lic. Karen Aspuru Juárez
Subdirectora de Gestión Interamericana
Secretaría de Salud
México, D.F.

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

MEXICO/MÉXICO (cont.)

Sr. Alberto Del Castillo
Representante Alterno de México ante
la Organización de los Estados
Americanos
Washington, D.C.

Sra. Flor de Lis Vásquez Muñoz
Representante Alternas de México ante
la Organización de los Estados
Americanos
Washington, D.C.

**ST. VINCENT AND THE GRENADINES/ SAN
VICENTE Y LAS GRANADINAS**

Dr. Douglas Slater
Minister of Health and the Environment
Ministry of Health and the Environment
Kingstown

SURINAME

Dr. Celsius Waterberg
Minister of Health
Ministry of Health
Paramaribo

Dr. Marthelise Eersel
Director of Health
Ministry of Health
Paramaribo

Ms. Saskia Bleau
Protocol Officer
Assistant UN Coordinator
Ministry of Health
Paramaribo

MEMBERS OF THE COMMITTEE/MIEMBROS DEL COMITÉ (cont.)

**REPÚBLICA BOLIVARIANA DE
VENEZUELA/BOLIVARIAN REPUBLIC OF
VENEZUELA**

Dr. Alexis Guilarte
Director General de Programas de Salud
Ministerio del Poder Popular para la Salud
Caracas

Dr. Julio Colmenares
Internacionalista
Ministerio del Poder Popular para la Salud
Oficina de Cooperación Técnica y
Relaciones Internacionales
Caracas

Su Excelencia Roy Chaderton Matos
Embajador, Representante Permanente
de Venezuela ante la Organización de
los Estados Americanos
Washington, D.C.

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

Sra. Liz Torres
Segunda Secretaria
Misión Permanente de la República
Bolivariana de Venezuela ante la
Organización de los Estados
Americanos
Washington, D.C.

**NON-MEMBERS OF THE COMMITTEE
OTROS MIEMBROS QUE NO FORMAN PARTE DEL COMITÉ**

BRAZIL/BRASIL

Dr. Dirceu Raposo
Diretor-Geral da Agência de Vigilância
Sanitária
Ministério da Saúde
Brasília

Dra. Renata Carvalho
Chefe da Unidade de Cooperação
Internacional
Agência Nacional de Vigilância Sanitária
Ministério da Saúde
Brasília

Sr. Leandro Luiz Viegas
Chefe da Divisão de Temas Multilaterais
Ministério da Saúde
Brasília

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

Sra. Viviane Rios Balbino
Primeira Secretária
Missão Permanente do Brasil junto à
Organização dos Estados Americanos
Washington, D.C.

CANADA/CANADÁ

Mr. Martin Methot
Director
International Affairs Directorate
Health Canada
Ottawa

Ms. Kate Dickson
Senior Policy Advisor
PAHO/Americas
International Affairs Directorate
Health Canada
Ottawa

CANADA/CANADÁ (cont.)

Mr. Jamie Baker
Manager, Bilateral Relations
International Public Health Division
Public Health Agency of Canada
Ottawa

Ms. Ranu Sharma
Policy Analyst
International Public Health Division
Public Health Agency of Canada
Ottawa

Ms. Annick Amyot
Strategic Partnerships
Senior Development Officer
Inter-American Program
Canadian International Development Agency
Quebec

Mr. Darren Rogers
Counselor, Alternate Representative of
Canada to the Organization of American
States
Washington, D.C.

COSTA RICA

Mr. David Li Fang
Minister Counselor, Alternate Representative
of Costa Rica to the Organization of
American States
Washington, D.C.

Ms. Cinthia Solis
Minister Counselor, Alternate Representative
of Costa Rica to the Organization of
American States
Washington, D.C.

NON-MEMBERS OF THE COMMITTEE (cont.)
OTROS MIEMBROS QUE NO FORMAN PARTE DEL COMITÉ (cont.)

FRANCE/FRANCIA

M. Gérard Guillet
Observateur Permanent Adjointe de
la France près de l'Organisation des
États Américains
Washington, D.C.

GRENADA/GRANADA

Ms. Ingrid Jackson
Attaché, Alternate Representative of
Grenada to the Organization of
American States
Washington, D.C.

NETHERLANDS/PAÍSES BAJOS

Mrs. Ann Groot-Philipps
Minister Plenipotentiary
The Royal Netherlands Embassy
Washington, D.C.

Ms. Jocelyne Croes
Minister Plenipotentiary of Aruba
The Royal Netherlands Embassy
Washington, D.C.

Hon. Richard Wayne Milton Visser
Minister of Health and Sport
Ministry of Health and Sport
Oranjestad, Aruba

**UNITED STATES OF AMERICA/ESTADOS
UNIDOS DE AMÉRICA**

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

**UNITED STATES OF AMERICA/ESTADOS
UNIDOS DE AMÉRICA (cont.)**

Mr. Guillermo Aviles Mendoza
International Health Analyst
Office of Global Health Affairs
Department of Health and Human
Services
Washington, D.C.

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

Ms. Nerissa Cook
Deputy Assistant Secretary
Office of Global and Economic Affairs
Bureau of International Organization
Affairs
Department of State
Washington, D.C.

Mr. Javier Cordova
Analyst for Demand Reduction
Office of Anti-Crime Programs and
Demand Reduction
Bureau of International Narcotics and
Law Enforcement
Department of State
Washington, D.C.

Mr. Mathew Glockner
Program Analyst
Office of Management Policy and
Resources
Bureau of International Organization
Affairs
Department of State
Washington, D.C.

NON-MEMBERS OF THE COMMITTEE (cont.)
OTROS MIEMBROS QUE NO FORMAN PARTE DEL COMITÉ (cont.)

**UNITED STATES OF AMERICA/ESTADOS
UNIDOS DE AMÉRICA (cont.)**

**UNITED STATES OF AMERICA/ESTADOS
UNIDOS DE AMÉRICA (cont.)**

Ms. Elizabeth Griffith
Program Analyst
Office of Human Security
Bureau of International Organization
Affairs
Department of State
Washington, D.C.

Mr. David B. Sullivan
Attorney-Advisor
Office of the Legal Adviser
Department of State
Washington, D.C.

Dr. James E. Herrington
Director, Office of International Relations
Fogarty International Center
National Institute of Health
Department of Health and Human
Services
Bethesda, MD

Ms. Leah Hsu
International Health Analyst
Office of Global Health Affairs
Department of Health and Human
Services
Washington, D.C.

Ms. Peg Marshall
Senior Advisor for Maternal and Child Health
US Agency for International Development
Washington, D.C.

Ms. Kelly Saldana
Senior Public Health Advisor
Bureau for Latin America and the
Caribbean
US Agency for International Development
Washington, D.C.

Dr. Craig Shapiro
Interim Director for the Americas
Office of Global Health Affairs
Department of Health and Human
Services
Washington, D.C.

**OBSERVER STATES
ESTADOS OBSERVADORES**

SPAIN/ESPAÑA

Sr. Javier Sancho
Embajador, Observador Permanente
de España ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

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

PORTUGAL

Mr. Duarte Cunha De Eça Valente
Attaché, Permanent Observer of Portugal
to the Organization of American States
Washington, D.C.

**REPRESENTATIVES OF INTERGOVERNMENTAL ORGANIZATIONS
REPRESENTANTES DE ORGANIZACIONES INTERGUBERNAMENTALES**

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

Mr. David Hatch

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

Ambassador Alfonso Quiñones

**REPRESENTATIVES OF NONGOVERNMENTAL ORGANIZATIONS IN
OFFICIAL RELATIONS WITH PAHO
REPRESENTANTES DE ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES EN
RELACIONES OFICIALES CON LA OPS**

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

Dr. Ana Leticia Cáceres de Maselli
Dr. Norberto Cabutti

U.S. Pharmacopeia

Dr. Damian Cairatti

**UNITED NATIONS AND SPECIALIZED AGENCIES
NACIONES UNIDAS Y AGENCIAS ESPECIALIZADAS**

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

Sr. Rex García

WORLD HEALTH ORGANIZATION

Dr. Mohamed Abdi Jamas
Assistant Director-General – General Management
Subdirector General – Administración General

**PAN AMERICAN SANITARY BUREAU
OFICINA SANITARIA PANAMERICANA**

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

Dr. Mirta Roses Periago
Director
Directora

**Advisers to the Director
Asesores de la Directora**

Dr. Jon Kim Andrus
Deputy Director
Director Adjunto

Dr. Socorro Gross-Galiano
Assistant Director
Subdirectora

**Advisers to the Director (cont.)
Asesores de la Directora (cont.)**

Mr. Guillermo Birmingham
Director of Administration
Director de Administración

Dr. Heidi Jiménez
Legal Counsel, Office of Legal Counsel
Asesora Jurídica, Oficina de la Asesora
Jurídica