



ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ



48^e CONSEIL DIRECTEUR 60^e SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL

Washington, D.C., E-U, 29 septembre - 3 octobre 2008

Point 3.1 de l'ordre du jour provisoire

CD48/2 (Fr.)

28 août 2008

ORIGINAL : ANGLAIS

RAPPORT ANNUEL DU PRESIDENT DU COMITE EXECUTIF

1. La présentation qui suit, en conformité avec l'Article 9.C de la Constitution de l'Organisation panaméricaine de la Santé, est le rapport sur les activités effectuées par le Comité exécutif et ses divers sous-comités entre septembre 2007 et septembre 2008. Pendant cette période, le Comité exécutif a tenu deux sessions : la 141^e session, le 5 octobre 2007, et la 142^e session, du 23 au 27 juin 2008. Le Comité s'est également réuni en réunion virtuelle le 31 juillet 2008 pour clore l'examen de points restés en instance lors de sa 142^e session. Le Sous-comité de programme, budget et administration a tenu sa 2^e session du 10 au 11 mars 2008 et une réunion virtuelle le 30 avril 2008.

2. Les membres du Comité exécutif pendant la période couverte par le présent rapport étaient Antigua et Barbuda, la Bolivie, le Chili, les Etats-Unis d'Amérique, le Mexique, Panama, Suriname, Trinité-et-Tobago et l'Uruguay. Les représentants des neuf Etats Membres ont tous assisté aux deux sessions. Etaient également présents à la 141^e session des observateurs de l'Argentine, des Pays-Bas, de Porto Rico et du Venezuela. Des observateurs pour l'Argentine, du Brésil, du Canada, de la France, du Paraguay et du Venezuela ont assisté à la 142^e session. En outre, deux organisations non gouvernementales étaient également représentées. Les représentants des neuf États Membres ont tous pris part à la réunion virtuelle du 31 juillet. Des représentants du Canada, la Colombie, Cuba, l'Équateur, El Salvador, le Guatemala, Honduras, Nicaragua, le Paraguay et la République dominicaine y ont participé en tant qu'observateurs.

3. Les membres suivants ont été élus pour conduire les 141^e et 142^e sessions : Antigua et Barbuda (président), Uruguay (vice-président) et Panama (rapporteur).

4. Pendant la 141^e session, la Bolivie et le Mexique ont été élus pour siéger au Sous-comité de programme, budget et administration à l'expiration du mandat du Canada et de Cuba au sein du Comité exécutif.

5. Le Comité a fixé les dates pour la 2^e session du Sous-comité de programme, budget et administration (SPBA), la 142^e session du Comité exécutif et le 48^e Conseil directeur. Le Comité a également proposé des thèmes pour l'ordre du jour du SPBA et du Comité.

6. Lors de la 141^e session, le Comité a adopté six décisions qui figurent, ainsi qu'un récapitulatif des délibérations du Comité sur chaque point, dans le Rapport final de la 141^e session (annexe A).

7. Pendant la 142^e session, le Comité a nommé les délégués d'Antigua et Barbuda et de l'Uruguay pour le représenter au 48^e Conseil directeur, 60^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques, et a désigné les représentants du Panama et du Chili à titre de suppléants d'Antigua et Barbuda et de l'Uruguay, respectivement. Le Comité a également approuvé un ordre du jour provisoire pour le 48^e Conseil directeur.

8. Les thèmes suivants ont aussi été examinés pendant la 142^e Session :

Questions relatives aux Comités

- Rapports de la 2^e Session et de la Session extraordinaire du Sous-comité de programme, budget et administration
- Prix de l'OPS pour l'Administration, 2008
- Organisations non gouvernementales en relations officielles avec l'OPS
- Rapport annuel du Bureau d'éthique

Questions relatives à la politique des programmes

- Mise à jour sur l'application de la politique du budget-programme régional
- Méthodes collectives et individuelles pour la prévention et la prise en charge du diabète et de l'obésité
- Stratégie et plan d'action régionaux pour la prévention et la lutte contre le cancer du col de l'utérus
- Malnutrition des jeunes enfants dans les Amériques : atteindre les objectifs de développement pour le millénaire
- Santé néonatale le long de la continuité des soins de santé maternelle, néonatale et infantile : stratégie et plan d'action régionaux
- Stratégie régionale sur la santé des adolescents et des jeunes

- Santé des adultes plus âgés, y compris le vieillissement en restant actif et en bonne santé : stratégie régionale
- Plan d'action régional sur le renforcement des statistiques d'état civil
- Paludisme : rapport de situation
- Dengue : rapport de situation
- Onchocercose : rapport de situation
- Préparation à la grippe aviaire et à la pandémie de grippe : rapport de situation
- Sécurité transfusionnelle : rapport de situation
- Règlement sanitaire international : rapport de situation
- Renforcement des fonctions essentielles de santé publique : rapport de situation
- Convention-cadre pour la lutte antitabac : opportunités et défis de mise en œuvre dans les Amériques
- Lutte intégrée contre les vecteurs : réponse d'ensemble aux maladies transmises par vecteur
- Santé et relations internationales : liens avec le développement de la santé nationale
- Mise à jour sur le changement climatique et son impact sur la santé publique

Questions administratives et financières

- Procédure à suivre pour mettre en place le nouveau régime de contributions basé sur le nouveau régime de l'OEA
- Rapport sur le recouvrement des contributions
- Hiérarchisation des priorités programmatiques et critères d'affectation des ressources
- Rapport financier du Directeur et Rapport de l'Auditeur externe, 2006-2007
- Utilisation du revenu reçu du budget-programme dépassant le budget effectif d'exploitation courant ayant été autorisé

Questions relatives au personnel

- Confirmation des amendements au Règlement du personnel du BSP
- Mise en œuvre de la réforme contractuelle des Nations unies à l'OPS : rapport de situation

- Déclaration du Représentant de l'Association du personnel OPS/OMS

Questions soumises à titre d'information

- Budget-programme biennal 2006-2007 de l'Organisation panaméricaine de la Santé : rapport d'évaluation de performance
- 15^e réunion interaméricaine, au niveau de la santé, sur la santé et l'agriculture (RIMSA) : rapport préliminaire
- Rapport de la réunion des Ministres de la Santé des Amériques sur la prévention de la violence et des blessures
- Groupe de travail intergouvernemental sur la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle : état des lieux
- Résolutions et autres actions de la soixante et unième Assemblée mondiale de la Santé présentant de l'intérêt pour le Comité exécutif de l'OPS
- Résolutions et autres actions de la 38^e Session ordinaire de l'Assemblée générale de l'Organisation des États américains présentant de l'intérêt pour le Comité exécutif de l'OPS
- Cinquième Sommet des Amériques : rapport sur les préparations
- Ressources humaines du Bureau sanitaire panaméricain : profil du personnel
- Rapport sur les activités des Services de contrôle interne
- Point sur l'engagement de l'OPS dans le système mondial de gestion (SMG) de l'OMS
- Fonds directeur d'investissement
- Mise à jour sur le statut de la révision institutionnelle de BIREME et de l'INCAP
- Contribution de la Région au Forum ministériel mondial sur la recherche en santé

9. A la 142^e Session, le Comité exécutif a adopté 16 résolutions et deux décisions qui figurent, ainsi qu'un résumé des présentations et discussions sur chaque point, dans le Rapport final de la 142^e session (annexe B).

Annexes



ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ



141^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF

Washington, D.C., ÉUA, 5 Octobre 2007

CD48/2 (Fr.)
Annexe A

CE141/FR (Fr.)
5 Octobre 2007
ORIGINAL: ANGLAIS

RAPPORT FINAL

TABLE DES MATIÈRES

	<i>Page</i>
Ouverture de la session	3
Participants	3
Questions relatives au Règlement	
Election du Bureau.....	3
Adoption de l'ordre du jour	3
Questions relatives aux Sous-Comités	
Election de deux Membres appelés à siéger au Sous-Comité des programmes, du budget et de l'administration	4
Questions relatives aux Organes directeurs	
Dates et thèmes proposés du Sous-Comité des programmes, du budget et de l'administration	4
Dates et thèmes proposés de la 142 ^e session du Comité exécutif.....	4
Dates du 48 ^e Conseil directeur, 60 ^e session du Comité régional pour les Amériques	6
Autres questions	6
Clôture de la session	7
Décisions	
CE141(D1) Election du Bureau	7
CE141(D2) Adoption de l'ordre du jour.....	7
CE141(D3) Election de deux Membres appelés à siéger auprès du Sous-Comité des programmes, du budget et de l'administration.....	7
CE141(D4) Dates et thèmes proposés pour la seconde session du Sous-Comité des programmes, du budget et de l'administration.....	8
CE141(D5) Dates et thèmes proposés pour la 142 ^e session du Comité exécutif	8
CE141(D6) Dates du 48 ^e Conseil directeur, 60 ^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques.....	8

Annexe

RAPPORT FINAL

Ouverture de la session

1. La 141^e session du Comité exécutif s'est tenue le 5 octobre 2007 au Siège de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) à Washington DC. Le Dr Nancy Pérez (Venezuela, Présidente sortante du Comité exécutif) a ouvert la session et a souhaité la bienvenue aux participants, notamment aux nouveaux Membres venant d'être élus par la 27^e Conférence sanitaire panaméricaine : Bolivie, Mexique, and Suriname,

Participants

2. Assistaient à la session des représentants des neuf Membres suivants du Comité exécutif élus par le Conseil directeur ou la Conférence sanitaire panaméricaine : Antigua-et-Barbuda, Bolivie, Chili, Mexique, Panama, Suriname, Trinité-et-Tobago, Etats-Unis d'Amérique et Uruguay. Etaient également présents en qualité d'observateurs des représentants de l'Argentine, des Pays-Bas, du Mexique et du Suriname.

Questions relatives au Règlement

Election du Bureau

3. Conformément à l'Article 15 du Règlement intérieur, le Comité a élu les Membres suivants du Bureau lors de ses 141^e et 142^e sessions (Décision CE141(D1)):

Président: Antigua-et-Barbuda (M. H. John Maginley)

Vice-Président: Uruguay (Dr María Julia Muñoz)

Rapporteur: Panama (M Cirilo Lawson)

4. Le Dr Mirta Roses Periago, Directrice du Bureau sanitaire panaméricain (BSP), était Secrétaire de droit et le Dr Cristina Beato, Directrice adjointe du BSP était Secrétaire technique.

Adoption de l'ordre du jour (Document CE141/I)

5. Conformément à l'Article 9 du Règlement intérieur, le Comité a adopté l'ordre du jour provisoire préparé par la Directrice (Décision CE141(D2)).

Questions relatives aux Sous-Comités

Election de deux Membres appelés à siéger au Sous-Comité des programmes, du budget et de l'administration

6. Le Comité a élu la Bolivie et le Mexique pour siéger au Sous-Comité des programmes, du budget et de l'administration à l'expiration du mandat du Canada et de Cuba (Decision CE141(D3)).

Questions relatives aux Organes directeurs

Dates et thèmes proposés du Sous-Comité des programmes, du budget et de l'administration

7. La Directrice a proposé que la Seconde session du Sous-Comité des programmes, du budget et de l'administration (SPBA) se tienne du 10 au 12 mars 2008. Elle a également proposé que les points suivants soient discutés par le SPBA

- Proposition finale pour le Plan directeur d'investissement pour l'OPS
- Rapport sur la situation des Services de contrôle interne
- Rapport d'activités sur l'application du Système de gestion mondiale de l'OMS

8. Un Etat Membre a proposé que le Sous-Comité discute également de l'image de marque de l'Organisation, surtout dans le cadre de sa politique de publication.

9. Le Comité exécutif a décidé que la Seconde session du Sous-Comité des programmes, du budget et de l'administration se tiendrait aux dates proposées par la Directrice, du 10 au 12 mars 2008, et a convenu que le Secrétariat dresserait l'ordre du jour en tenant compte des thèmes proposés par les États Membres et des points obligatoires conformément au cycle de planification de l'Organisation (Décision CE141(D4)).

Dates et thèmes proposés de la 142^e session du Comité exécutif

10. La Directrice a proposé que la 142^e session du Comité se tienne du 23 au 27 juin 2008. Le Secrétariat a préparé la liste suivante des éventuels points de l'ordre du jour pouvant être envisagés par les Organes directeurs en 2008 et dont la plupart avait été soulevé par les Etats Membres en 2007 :

- Déterminants sociaux de la santé : Rapport de la Commission mondiale
- Groupe de travail intergouvernemental sur la santé publique, les innovations et la propriété intellectuelle
- Diabète
- Obésité
- Cadre de politiques pour les dons et greffes d'organes
- Cancer du col
- Lutte intégrée contre les vecteurs
- Renforcement des systèmes de santé pour la protection sociale
- Santé et relations internationales
- Rapport d'activités sur le renforcement des fonctions essentielles de santé publique
- Politique de l'OPS pour la recherche en matière de santé

11. En plus des thèmes susmentionnés, elle a proposé les points suivants :

- Stratégie et plan d'action régionaux sur la santé néonatale le long de la continuité des soins de santé maternelle, néonatale et infantile
- Stratégie régionale sur la santé des adolescents
- Plan d'action régional sur le renforcement des statistiques d'état civil
- Eradication et élimination des maladies entrant dans le programme inachevé

12. Les États Membres ont proposé les points suivants:

- Ressources humaines pour les soins de santé primaires
- Violence au sein de la famille, surtout la violence sexospécifique à l'égard des femmes
- Santé des adultes plus âgés, et vieillissement actif et en bonne santé
- Sous-nutrition
- Cancer du sein
- Sécurité sur les routes
- Changement de climat et incidence sur la santé
- Migration des agents de santé

13. De plus, les Etats Membres ont fait un certain nombre de suggestions concernant certains aspects liés aux questions de santé susmentionnées qui devraient être examinés et plusieurs d'entre eux ont proposé d'aider le Secrétariat à préparer les documents respectifs. S'agissant du point proposé sur les déterminants sociaux de la santé, on a noté que le rapport de la Commission de l'OMS ne serait pas présenté à l'Assemblée mondiale de la Santé avant 2009 et qu'il serait prématuré pour les Organes directeurs de l'OPS d'agir en fonction du rapport avant cette date.

14. La Directrice a proposé de laisser écouler une période de 30 jours pendant laquelle le Secrétariat pourrait entreprendre un examen approfondi afin de retenir les points pour lesquels des rapports d'activité seraient nécessaires conformément aux résolutions des Organes directeurs et permettant ainsi au personnel technique et administratif de l'OPS de consulter les États Membres pour déterminer l'approche qui serait prise face aux divers points de l'ordre du jour. Le Secrétariat déterminera également quel est le meilleur moment de discuter de ces points en tenant compte du moment où ils seraient envisagés par l'Assemblée mondiale de la Santé ou autres forums internationaux.

15. Le Comité a convenu de la suggestion et a décidé de tenir sa 142^e session du 23 au 27 juin 2008 (Décision CE141(D5)).

Dates du 48^e Conseil directeur, 60^e session du Comité régional pour les Amériques

16. La Directrice a proposé que le 48^e Conseil directeur, 60^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques se tienne du 29 septembre au 3 octobre 2008 au Siège de l'OPS à Washington.

17. Un Membre, notant que le Ministre de la Santé de son pays ne serait pas en mesure d'y assister lors de la semaine proposée, a demandé que la Directrice envisage la possibilité de tenir la session avant le 1^{er} octobre. La Directrice a pris note de la demande.

18. Le Comité a décidé que le 48^e Conseil directeur, 60^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques, se déroulerait au Siège de l'OPS à Washington, D.C., du 29 septembre au 3 octobre 2008 (Décision CE141(D6)).

Autres questions

19. La Directrice a attiré l'attention sur deux importantes réunions internationales en santé qui se tiendraient en 2008: La Réunion interaméricaine, au niveau ministériel, sur la santé et l'agriculture, prévue en avril 2008 à Rio de Janeiro au Brésil et le Congrès régional sur l'information et les sciences sanitaires (CRICS), qui se tiendra en octobre 2008 à São Paulo au Brésil.

Clôture de la session

20. Suivant les échanges habituels de courtoisie, le Président déclaré que la 141^e session était close.

Décisions

21. Les décisions suivantes ont été prises par le Comité exécutif lors de sa 141^e session:

CE141(D1) Election du Bureau

Conformément à l'Article 15 du Règlement intérieur du Comité exécutif, le Comité le Bureau suivant pour sa 141^e et 142^e sessions :

Président: Antigua-et-Barbuda

Vice-Président: Uruguay

Rapporteur: Panama

(Séance unique de plénière, 5 octobre 2007)

CE141(D2) Adoption de l'ordre du jour

Conformément à l'Article 9 du Règlement intérieur du Comité exécutif, le Comité a adopté l'ordre du jour proposé par le Directeur (Document CE141/1).

(Séance unique de plénière, 5 octobre 2007)

CE141(D3) Election de deux Membres appelés à siéger auprès du Sous-Comité des programmes, du budget et de l'administration

Le Comité exécutif a élu la Bolivie et le Mexique pour qu'il siège auprès du Sous-Comité des programmes, du budget et de l'administration.

(Séance unique de plénière, 5 octobre 2007)

CE141(D4) Dates et thèmes proposés pour la seconde session du Sous-Comité des programmes, du budget et de l'administration

Le Sous-Comité a décidé que la seconde session du Sous-Comité des programmes, du budget et de l'administration se tiendrait du 10 au 12 mars 2008. Le Comité a convenu que le Secrétariat dresserait l'ordre du jour, en tenant compte des suggestions avancées par les États Membres.

(Séance unique de plénière, 5 octobre 2007)

CE141(D5) Dates et thèmes proposés pour la 142^e session du Comité exécutif

Conformément à l'Article 17.A de la Constitution de l'OPS, le Comité a fixé les dates de sa première séance régulière pour l'année 2008, la 142^e session, qui se tiendra au 23 au 27 juin 2008. Le Comité a convenu que le Secrétariat dresserait l'ordre du jour, en tenant des suggestions avancées par les États Membres.

(Séance unique de plénière, 5 octobre 2007)

CE141(D6) Dates du 48^e Conseil directeur, 60^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques

Conformément à l'Article 12.A de la Constitution de l'OPS et à l'Article 1 du Règlement intérieur du Conseil directeur, le Comité a autorisé la Directrice à convoquer le 48^e Conseil directeur, 60^e session du Comité régional pour l'OMS, du 29 septembre au 3 octobre 2008.

(Séance unique de plénière, 5 octobre 2007)

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

FAIT à Washington, D.C., aux Etats-Unis d'Amérique, en ce cinquième jour d'octobre de l'année deux mille sept. Le Secrétaire déposera les textes originaux dans les archives du Bureau sanitaire panaméricain et en fera parvenir des exemplaires aux États Membres et Membres Associés de l'Organisation.

John Maginley
Délégué d'Antigua et Barbuda
Président de la 141^e session
du Comité exécutif

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

ORDRE DU JOUR

1. Ouverture de la session

2. Questions relatives au Règlement

- 2.1 Élection du Président, du Vice-Président et du Rapporteur du Comité exécutif

(Article 15, Règlement intérieur du Comité exécutif)

- 2.2 Adoption de l'ordre du jour

(Article 9, Règlement intérieur du Comité exécutif)

3. Questions relatives aux sous-comités

- 3.1 Élection de deux Membres au Sous-Comité du programme, du budget et de l'administration à l'expiration des mandats au Comité exécutif de Canada et de Cuba

4. Questions relatives aux Organes directeurs

- 4.1 Dates et thèmes proposés pour la 2^e session du Sous-Comité du programme, du budget et de l'administration

- 4.2 Dates et thèmes proposés pour la 142^e session du Comité exécutif

- 4.3 Dates du 48^e Conseil directeur, 60^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques

(Art. 12.A, Constitution de l'OPS)

(Article 1, Règlement intérieur du Conseil directeur)

5. Autres questions

6. Clôture de la session



ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ



142^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF

Washington, D.C., E-U, 23-27 juin 2008

CD48/2 (Fr.)
Annexe B

CE142/FR (Fr.)
31 juillet 2008
ORIGINAL : ANGLAIS

RAPPORT FINAL

TABLE DES MATIÈRES

	<i>Page</i>
Ouverture de la session	6
 Questions relatives au Règlement	
Bureau.....	6
Adoption de l'ordre du jour et programme des réunions.....	7
Représentation du Comité exécutif au 48 ^e Conseil directeur, 60 ^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques.....	7
Ordre du jour provisoire du 48 ^e Conseil directeur, 60 ^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques	7
 Questions relatives aux comités	
Rapport sur la deuxième session et la session spéciale du Sous-Comité des Programmes, du Budget et de l'Administration	9
Organisations non gouvernementales en relations officielles avec l'OPS	9
Prix d'administration de l'OPS 2008.....	11
Rapport annuel du Bureau d'éthique	11
 Questions relatives à la politique du programme	
Actualisation sur la mise en œuvre de la politique régionale en matière de budget programme.....	14
Méthodes collectives et individuelles pour la prévention et la prise en charge du diabète et de l'obésité	14
Stratégie et plan d'action régionaux pour la prévention et la lutte contre le cancer du col de l'utérus	17
Malnutrition chez le jeune enfant aux Amériques : Atteindre les objectifs de développement pour le millénaire	21
Stratégie et plan d'action régionaux pour la santé néonatale dans le contexte des soins apportés à la mère, au nouveau-né et à l'enfant.....	23
Stratégie régionale pour la santé des adolescents et des jeunes.....	26
Santé des personnes âgées, y compris le vieillissement en restant actif et en bonne santé : Stratégie régionale	31
Plan d'action pour consolider le recueil des données d'état civil et de santé.....	33
Paludisme : Rapport d'avancement	35
Dengue : Rapport d'avancement.....	37
Onchocercose : Rapport d'avancement	39

TABLE DES MATIÈRES (suite)

	<i>Page</i>
Questions relatives à la politique du programme (suite)	
Grippe aviaire et état de la préparation en cas de pandémie de grippe :	
Rapport de situation	40
Sécurité transfusionnelle : Rapport de situation	43
Règlement sanitaire international : Rapport d'avancement.....	46
Renforcement des fonctions essentielles de santé publique :	
Rapport d'avancement	48
Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac : Opportunités et défis concernant son application dans les Amériques	50
Gestion intégrée des vecteurs : Une réponse globale aux maladies à transmission vectorielle.....	52
Santé et politique étrangère : Liens avec le développement national en matière de santé.....	55
Mise à jour sur le changement climatique et son impact sur la santé publique.....	57
Questions administratives et financières	
Procédure d'application du nouveau barème de contributions basé sur la nouvelle échelle de l'OEA	58
Rapport sur le recouvrement des contributions	59
Hierarchisation programmatique et critères d'affectation des ressources	60
Rapport financier du Directeur et rapport du Commissaire aux Comptes pour la période biennale 2006-2007	63
Usage du revenu du budget programme excédant le budget ordinaire de travail effectif autorisé	66
Questions concernant le personnel	
Ratification des amendements apportés au Règlement et au Statut du personnel du BSP.....	69
Mise en œuvre de la réforme contractuelle des Nations Unies à l'OPS :	
Rapport d'avancement	71
Déclaration du Représentant de l'Association du personnel de l'OPS/OMS.....	72
Questions d'information	
Budget programme biennal 2006-2007 de l'Organisation panaméricaine de la Santé : Rapport d'évaluation de la performance.....	74
Quinzième réunion interaméricaine, à niveau ministériel, sur la Santé et l'Agriculture (RIMSA) : Rapport préliminaire.....	76

TABLE DES MATIÈRES *(suite)*

	<i>Page</i>
Questions d'information <i>(suite.)</i>	
Rapport de la réunion des Ministres de la Santé des Amériques sur la prévention de la violence et des traumatismes.....	78
Groupe de travail intergouvernemental sur la santé publique, l'innovation, et la propriété intellectuelle	79
Résolutions et autres mesures prises par la 61 ^e Assemblée mondiale de la Santé revêtant un intérêt pour le Comité exécutif de l'OPS	81
Résolutions et autres mesures prises de la 38 ^e session ordinaire de l'Assemblée générale de l'Organisation des États américains revêtant un intérêt pour le Comité exécutif de l'OPS	81
Cinquième Sommet des Amériques : Rapport sur les préparatifs	82
Rapport sur les Services de contrôle interne.....	83
Point sur l'engagement de l'OPS dans le système mondial de gestion (GSM) de l'OMS.....	85
Fonds d'investissement directeur.....	88
Mise à jour sur le statut de la révision institutionnelle de BIREME et de l'INCAP	89
Contribution régionale au Forum ministériel mondial sur la recherche en santé	92
Clôture de la session	93
Résolutions et décisions	93
Résolutions	
CE142.R1 Organisations non gouvernementales en relations officielles avec l'Organisation panaméricaine de la Santé	93
CE142.R2 Rapport sur le recouvrement des contributions	94
CE142.R3 Onchocercose : Rapport d'avancement	95
CE142.R4 Plan d'action pour conforter le renforcement du recueil des données d'état civil et de santé	98
CE142.R5 Sécurité transfusionnelle : Rapport de situation	100
CE142.R6 Méthodes collectives et individuelles pour la prévention et la prise en charge du diabète et de l'obésité	102
CE142.R7 Amendements apportés au Règlement et au Statut du Personnel du BSP.....	106
CE142.R8 Utilisation du revenu du budget programme excédant le budget ordinaire de travail effectif autorisé 2006-2007.....	107

TABLE DES MATIÈRES *(suite)*

Résolutions *(suite)*

CE142.R9	Gestion intégrée des vecteurs : Une réponse intégrée aux maladies à transmission vectorielle.....	110
CE142.R10	Santé néonatale dans le contexte des soins apportés à la mère, au nouveau-né et à l'enfant : Stratégie et plan d'action régionaux ..	113
CE142.R11	Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac : Opportunités et défis concernant son application dans les Amériques.....	116
CE142.R12	Prix d'Administration de l'OPS 2008.....	118
CE142.R13	Stratégie et plan d'action régionaux pour la prévention et le Contrôle du cancer du col de l'utérus	119
CE142.R14	La santé et les relations internationales : Leur lien avec la gestion du développement national de la santé.....	122
CE142.R15	Ordre du jour provisoire du 48 ^e Conseil directeur, 60 ^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques	125
CE142.R16	Stratégie régionale pour améliorer la santé des adolescents et des jeunes	125

Décisions

CE142(D1)	Adoption de l'ordre du jour	129
CE142(D2)	Représentation du Comité exécutif au 48 ^e Conseil directeur, 60 ^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques...	129

Annexes

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

RAPPORT FINAL

Ouverture de la session

1. La 142^e 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 23 au 27 juin 2008. Le Comité a également tenu une réunion virtuelle spéciale le 31 juillet 2008 afin de conclure ses délibérations sur un point (voir paragraphes 86 à 105 ci-dessous).
2. Des délégués des neuf États Membres suivants du Comité exécutif élus par le Conseil directeur ont assisté à la 142^e session : Antigua et Barbuda, Bolivie, Chili, États-Unis d'Amérique, Mexique, Panama, Suriname, Trinité-et-Tobago et Uruguay. Des représentants des autres États membres et des États participants suivants étaient également présents en qualité d'observateurs : Argentine, Brésil, Canada, France, Paraguay et Venezuela. De plus, trois organisations non gouvernementales étaient représentées.
3. Tous les neuf membres du Comité ont également pris part à la réunion virtuelle le 31 juillet. Des représentants du Canada, de la Colombie, de l'Équateur, d'El Salvador, du Guatemala, du Honduras, du Nicaragua et du Paraguay ont participé en qualité d'observateurs.
4. L'Hon. H. John Maginley (Antigua et Barbuda, Président du Comité exécutif) a ouvert la 142^e session et a souhaité la bienvenue aux membres, aux observateurs et au personnel de l'OPS.
5. Le Dr Mirta Roses (Directrice, Bureau sanitaire panaméricain) a également souhaité la bienvenue aux participants, notant que le Comité avait devant lui un ordre du jour très chargé et que son travail serait essentiel pour perfectionner les documents et résolutions devant être présentés au 48^e Conseil directeur.

Questions relatives au Règlement

Bureau

6. Les Membres suivants, élus pour la 141^e session du Comité ont continué à servir dans leurs capacités respectives à la 142^e session:

<i>Président :</i>	Antigua et Barbuda	(Hon. H. John Maginley)
<i>Vice-Président :</i>	Uruguay	(Dr Jorge Otto Basso Garrido)
<i>Rapporteur :</i>	Panama	(Dr Nadja Porcell)

7. Le Directeur était le Secrétaire de droit et le Dr Cristina Beato, Directeur adjoint du Bureau sanitaire panaméricain (BSP), était le Secrétaire technique.

Adoption de l'ordre du jour et programme des réunions (documents CE142/1 et CE142/DIV/2)

8. Le Comité a fait part de sa préoccupation concernant la longueur de l'ordre du jour et le nombre de points qui pourraient être présentés au Conseil directeur. Il a suggéré qu'il pourrait être préférable de différer la considération de certains points jusqu'à la 143^e session du Comité exécutif en octobre 2008 pour accorder un temps suffisant à la discussion approfondie de tous les points et réduire la charge de travail du Conseil directeur. Il a également suggéré que tout point ne nécessitant pas de mesures à prendre par le Conseil ne soit pas inscrit à son ordre du jour.

9. La Directrice a noté que le Comité avait l'option de choisir de ne pas présenter certains points au Conseil directeur. Elle a entrepris de circuler un ordre du jour provisoire révisé pour le Conseil directeur (document CE142/3, Rév.3, voir paragraphes 10-13 ci-dessous), indiquant les points qui pourraient être éliminés de l'ordre du jour du fait que leur considération n'était pas mandatée par une résolution.

10. Le Comité a convenu d'adopter l'ordre du jour provisoire sans changement, étant entendu qu'une tentative serait faite de limiter le nombre de points à soumettre au Conseil directeur (décision CE142(D1)). Le Comité a également adopté un programme de réunions. En raison des contraintes de temps, il a ensuite été décidé de retirer le point 7.8, « Ressources humaines du Bureau sanitaire panaméricain : profil des effectifs, » de l'ordre du jour du fait qu'il s'agissait d'un point pour information ne nécessitant pas de mesures à prendre par le Comité.

Représentation du Comité exécutif au 48^e Conseil directeur, 60^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques (document CE142/3, Rév. 3)

11. Conformément à l'article 54 de son Règlement intérieur, le Comité exécutif a nommé les délégués d'Antigua et Barbuda et de l'Uruguay, son Président et Vice-Président, respectivement, pour représenter le Comité au 48^e Conseil directeur. Le Chili et Panama ont été désignés comme représentants suppléants (décision CE142(D2)).

Ordre du jour provisoire du 48^e Conseil directeur, 60^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques (document CE142/3, Rév. 3)

12. Le Dr Osvaldo Salgado (Représentant du Sous-Comité des Programmes, du Budget et de l'Administration) a indiqué que le Sous-Comité avait examiné un calendrier préliminaire pour le 48^e Conseil directeur et avait recommandé qu'en tant que principe général, les points de nature stratégique ou politique soient discutés au début de la semaine, lorsqu'il y avait beaucoup plus de chance que les ministres de la santé soient présents. La même recommandation s'appliquait aux diverses cérémonies de remise de prix. Le Sous-Comité avait également fait des recommandations concernant le traitement de plusieurs points de l'ordre du jour, notamment le rapport du Groupe de travail intergouvernemental sur la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle.

13. Le Comité exécutif a ensuite considéré l'ordre du jour provisoire préparé par la Directrice (document CE142/3, Rév. 3), qui mettait en évidence les points qui pouvaient être enlevés dans le but de raccourcir l'ordre du jour. Il a été suggéré que le rapport d'avancement sur le Règlement sanitaire international et le rapport de situation sur la Grippe aviaire et l'état de la préparation en cas de pandémie de grippe (points 4.14 et 4.12, respectivement) soient retenus, en raison de leur importance et pertinence actuelles, mais il a été proposé de les déplacer à la section 8 de l'ordre du jour, « Questions d'information. » Il a également été considéré important de retenir le rapport sur les résolutions et autres mesures de la soixante-et-unième Assemblée mondiale de la Santé présentant un intérêt pour le Comité régional. Le Comité a noté que conformément à ses discussions lors de la 142^e session, deux points seraient ajoutés sous la section « Questions relatives à la politique du programme » (l'un sur la mise en œuvre de la Stratégie mondiale et le plan d'action sur la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle dans la Région, et l'autre sur la prévention de la violence et des traumatismes dans les Amériques, voir paragraphes 304 à 310 et 311 à 316 ci-dessous) et un point serait retiré (point 4.7, sur la santé des personnes âgées, voir paragraphes 106 à 114 ci-dessous).

14. La Directrice a fait remarquer qu'avec l'addition de deux points substantiels à l'ordre du jour du Conseil, il serait d'autant plus important de réduire le nombre des rapports d'avancement et d'autres points ne nécessitant pas de mesures à prendre par le Conseil. Les rapports d'avancement sur le Règlement sanitaire international et d'autres thèmes pouvaient être présentés dans des briefings informels en dehors de l'ordre du jour. Elle a également noté qu'une résolution sur le statut de l'Institut de Nutrition d'Amérique centrale et de Panama (INCAP) pourrait être requise, dépendant des mesures prises par le Conseil directeur de l'Institut concernant la transition à l'autogestion (voir paragraphes 356 à 365 ci-dessous). Dans ce cas, le point serait inclus parmi les Questions relatives à la politique du programme sur l'ordre du jour du Conseil.

15. Le Comité a approuvé l'ordre du jour provisoire tel qu'amendé (résolution CE142.R15).

Questions relatives aux comités

Rapport sur la deuxième session et la session spéciale du Sous-Comité des Programmes, du Budget et de l'Administration (document CE142/4 et Add. I)

16. Le Dr Osvaldo Salgado (Représentant du Sous-Comité des Programmes, du Budget et de l'Administration) a présenté le rapport du Sous-Comité des Programmes, du Budget et de l'Administration (SPBA), notant que presque tous les 15 points discutés par le Sous-Comité seraient également discutés par le Comité exécutif lors de la 142^e session et qu'il ferait rapport sur ces points lorsqu'ils seraient abordés par le Comité. Le Sous-Comité avait tenu deux sessions, sa deuxième session les 10 et 11 mars 2008, et une session spéciale par téléconférence le 30 avril 2008, qui avait été nécessaire afin de conclure ses délibérations sur plusieurs points laissés en suspens lors de sa deuxième session en raison du manque d'information suffisante et de la longueur et de la richesse des discussions. Les commentaires du Sous-Comité sur tous ces points pouvaient être trouvés dans les rapports finals de la deuxième session et de la session spéciale (documents SPBA2/FR et SPBA/SS/FR, annexés aux documents CE142/4 et Add. I).

17. La Directrice a indiqué qu'il était important de noter que l'Organisation avait établi avec succès les consultations virtuelles, qui permettaient une participation plus active des États Membres dans son travail et une relation plus continue entre eux et le Secrétariat. Elle a suggéré que le Comité exécutif pourrait envisager de tenir une réunion virtuelle si des membres estimaient qu'un supplément d'information était requis afin de leur permettre de prendre des mesures sur certains points lors de la 142^e session.

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

Organisations non gouvernementales en relations officielles avec l'OPS (document CE142/6, Rév. 1)

19. Le Dr Osvaldo Salgado (Représentant du Sous-Comité des Programmes, du Budget et de l'Administration) a informé le Comité que la session de mars 2008 du Sous-Comité des Programmes, du Budget et de l'Administration avait examiné le statut de sept organisations non gouvernementales (ONG) en relations officielles avec l'OPS. Les organisations en question étaient : le Collège interaméricain de radiologie (ICR), l'Association latino-américaine des industries pharmaceutiques (ALIFAR), la Fédération panaméricaine de la profession d'infirmières (FEPPEN), la Fédération panaméricaine des associations de facultés et d'écoles de médecine (FEPAFEM), la Fédération latino-américaine des hôpitaux (FLH), le Réseau de santé des femmes latino-américaines et

caraiïbes (RSMLAC), et l'Organisation internationale des associations de consommateurs, Bureau régional pour l'Amérique latine et les Caraïbes (CI-ROLAC). Toutefois, du fait que le Sous-Comité avait estimé qu'il ne disposait pas d'une information adéquate sur les activités de ces organisations, il avait décidé de convoquer une session virtuelle spéciale en avril pour un nouvel examen de la question.

20. Lors de la session virtuelle, après avoir examiné l'information actualisée préparée par le Secrétariat, le Sous-Comité avait convenu de recommander que les relations officielles soient poursuivies avec toutes les ONG à l'exception de CI-ROLAC, de laquelle aucune information n'avait été reçue. La Délégation du Chili avait exprimé des réservations sur la poursuite des relations officielles avec la Fédération latino-américaine des hôpitaux, mais le reste du Sous-Comité avait été satisfait avec l'information reçue sur cette organisation. Néanmoins, le Sous-Comité avait indiqué qu'en général, il fallait davantage d'information sur les activités des diverses ONG et sur la façon dont elles appuyaient le travail de l'OPS.

21. M. Luiz Augusto de Lima Pontes (Association interaméricaine d'ingénierie sanitaire et environnementale, AIDIS) a indiqué que son organisation maintenait son engagement à travailler en relations étroites avec l'OPS dans des domaines d'intérêt partagé. Il a informé le Comité que AIDIS tiendrait son 31^e Congrès interaméricain du 2 au 15 octobre 2008 à Santiago, au Chili.

22. Le Dr Rubén Abete (ALIFAR) a indiqué que son organisation se réjouissait à la perspective du maintien de la collaboration avec l'OPS visant à assurer que tous les gens de la Région aient accès à des médicaments sûrs et efficaces.

23. La Directrice a noté que le Congrès d'AIDIS offrirait une opportunité de mettre en évidence l'importance de l'assainissement de base et de sa relation avec un nombre de maladies transmissibles, notamment la dengue. La qualité de l'eau, autre souci important de la santé publique, serait également un thème de discussion au Congrès.

24. En ce qui concernait CI-ROLAC, elle a indiqué qu'elle avait été récemment informée du fait que l'ONG avait entrepris un processus de réorganisation et avait déménagé son secrétariat. Le Secrétariat contacterait le nouveau secrétariat dans le but de rétablir éventuellement les relations officielles entre l'OPS et CI-ROLAC sur la base d'un plan de travail qui assurerait que l'ONG contribuait véritablement à la réalisation des objectifs de l'Organisation. Ceci s'appliquait également à la Fédération latino-américaine des hôpitaux et à toutes les ONG avec lesquelles l'OPS maintenait des relations officielles : les domaines techniques de l'OPS avec lesquels elles travaillaient le plus directement doivent assurer que les ONG avaient des plans de travail qui étaient intégralement alignés sur les objectifs du Plan stratégique de l'Organisation.

25. Le Comité a adopté la résolution CE142.R1, décidant de poursuivre les relations officielles entre l'OPS et ICR, ALIFAR, FEPPEN, FEPAFEM, FLH et RSMLAC, et de mettre fin aux relations avec CI-ROLAC.

Prix d'administration de l'OPS 2008 (documents CE142/5 et Add. I)

26. Le Dr Nadja Porcell (Panama) a fait savoir que le Jury du Prix d'administration de l'OPS 2008, composé par le Mexique, Panama et Trinité-et-Tobago, s'était réuni le 25 juin 2008. Après avoir examiné l'information sur les candidats au Prix nommés par les États Membres, le Jury avait décidé de conférer le Prix au Dr Hugo Villar Teijeiro, de l'Uruguay, pour sa contribution à l'amélioration des conditions de santé dans plusieurs pays des Amériques, la décentralisation et le développement de l'administration hospitalière au titre de l'administration de la santé, et le développement des ressources humaines pour l'administration des services de santé. Les candidats avaient été évalués par le Jury du Prix d'administration sur la base de leur professionnalisme, leur leadership et leurs accomplissements au service de la santé publique pour leurs pays respectifs et pour la Région.

27. Le Comité exécutif a félicité le Dr Villar Teijeiro et tous les candidats au Prix d'administration de l'OPS 2008.

28. Le Délégué de l'Uruguay a donné des détails sur les contributions faites par le Dr Villar Teijeiro, notant qu'il avait développé l'Hôpital universitaire d'Uruguay, identifié et importé une série de technologies sanitaires en Uruguay, et créé et mis en œuvre des méthodologies et pratiques novatrices d'administration hospitalière.

29. Le Comité exécutif a adopté la résolution CE142.R12, notant la décision du Jury du Prix d'administration et transmettant son rapport, avec les procédures et directives amendées pour conférer le Prix, au 48^e Conseil directeur.

Rapport annuel du Bureau d'éthique (document CE142/7)

30. M. Philip MacMillan (Responsable, Bureau d'éthique, OPS) a présenté le rapport du Bureau d'éthique, notant que le Bureau venait de terminer sa deuxième année de fonctionnement. À la différence de bureaux similaires dans d'autres organisations internationales, le Bureau d'éthique de l'OPS avait à la fois une fonction de consultation et d'investigation. Outre l'investigation d'allégations de comportement immoral ou de violations présumées du Code des principes éthiques et de conduite du BSP, il donnait des orientations et une formation au personnel sur les questions d'éthique. Le Bureau d'éthique avait également la responsabilité de contrôler le nouveau système d'intégrité et de règlement des conflits.

31. Il a ensuite récapitulé les activités du Bureau d'éthique dans les domaines d'orientation et de conseils sur des questions d'éthique, la formation du personnel au Code des principes éthiques et de conduite, les investigations des préoccupations éthiques et les allégations de conduite malhonnête, et l'application et la coordination du système d'intégrité et de règlement des conflits. Pour ce qui concernait les activités futures, il a indiqué que les priorités immédiates du Bureau seraient le développement d'un manuel de procédures d'investigation et de politiques sur la protection des dénonciateurs, l'emploi à l'extérieur, la participation à des conseils et des comités consultatifs, la classification de l'information confidentielle, et les déclarations d'intérêts. De plus, en conjonction avec le Bureau de la Conseillère juridique, le Bureau d'éthique entreprendra sous peu une revue au niveau de l'ensemble de l'Organisation, de l'administration de la justice au BSP dans le but d'assurer que tout le personnel a accès à un processus solide de règlement des conflits qui lui permettrait de faire entendre ses cas et ses préoccupations d'une manière ponctuelle et objective.

32. Le Comité a fait part de sa satisfaction concernant les efforts du Bureau d'éthique pour promouvoir une culture de l'éthique et de la responsabilisation dans l'ensemble de l'Organisation. Le Secrétariat était encouragé à faire œuvre de sensibilisation du personnel aux ressources et à l'assistance disponibles par le biais du Bureau d'éthique. Le Comité a fait les louanges de la création du cours de formation en ligne obligatoire au Code de principes d'éthique et de conduite du BSP. Le Comité a également approuvé l'établissement d'un système efficace d'intégrité et de règlement des conflits. Il a suggéré que la formation à l'intégrité et au règlement des conflits soit comprise dans les programmes locaux de formation offerts au niveau des pays. Il a demandé au Secrétariat de développer des matériels spécifiques de formation sur ce thème, comprenant des histoires de cas qui pourraient être incorporées dans des initiatives de formation pour les professionnels nationaux de la santé publique. Un délégué a exprimé l'opinion que l'intégrité et la conduite éthique devraient être incluses parmi les fonctions essentielles de la santé publique.

33. Le Comité a fait part de son soutien aux futurs plans du Bureau d'éthique, en particulier le développement d'une politique de protection des dénonciateurs. Il a souligné que la politique devrait assurer la protection contre les représailles pour le personnel qui dénonçait les violations éthiques et que l'information sur la politique, une fois finalisée, soit affichée sur le site Web du système d'intégrité et de règlement des conflits pour que le personnel puisse y accéder directement. Il a été suggéré que la politique des Nations Unies pour la protection des dénonciateurs pourrait servir de bon modèle pour la politique de l'OPS. Dans son travail sur l'administration de la justice au BSP, le Secrétariat a également été encouragé à garder à l'esprit les discussions en cours au sein des Nations Unies à ce sujet.

34. M. MacMillan a fait remarquer qu'un aspect critique du travail du Bureau d'éthique était la visibilité. Il était heureux d'être en mesure de signaler que, même petit, le Bureau avait reçu une grande visibilité. Par exemple, un lien important à la ligne d'assistance de l'éthique de l'OPS était disponible sur l'intranet de l'OPS, qui donnait également accès au système d'intégrité et de règlement des conflits. Avec la ligne d'assistance, le personnel pouvait poser des questions et demander des conseils sur des questions d'éthique, et avec le système d'intégrité et de règlement des conflits, il pouvait recevoir des orientations sur les relations mutuelles et les rôles et responsabilités spécifiques des différentes ressources intervenant dans l'intégrité et le règlement des conflits au sein de l'Organisation. Répondre aux questions et donner des orientations sur des préoccupations d'éthique constituait une composante clé du travail du Bureau. Contrairement à la plupart de ces types de bureaux dans d'autres organisations, il ne se concentrait pas exclusivement sur des actions punitives en réponse à des rapports de violations de l'éthique. Au contraire, il prenait une approche préventive, encourageant le personnel à poser des questions afin d'éviter les conflits d'intérêt potentiels ou un comportement immoral.

35. En réponse à une question d'un délégué, M. MacMillan a précisé que le Bureau d'éthique recevait des rapports et des questions du personnel dans l'ensemble de la Région, et non uniquement du personnel du Siège.

36. Répondant à la suggestion concernant l'incorporation d'une composante d'éthique dans les programmes de formation en santé publique, la Directrice a noté que la récente 15^e Réunion interaméricaine, à niveau ministériel, sur la santé et l'agriculture (RIMSA) (également discutée par le Comité durant la 142^e session, voir paragraphes 296 à 303 ci-dessous), avait également souligné le besoin de formation à l'éthique et l'intégrité, en particulier pour le personnel intervenant dans l'inspection des aliments et des médicaments ainsi que dans les évaluations environnementales, domaines dans lesquels il pourrait y avoir potentiellement des intérêts concurrentiels ou incompatibles. Il a également été suggéré que la formation à l'éthique soit incorporée dans les programmes de maîtrise en santé publique et d'autres programmes de formation au leadership pour les professionnels de la santé publique.

37. Le Comité exécutif a pris note du rapport du Bureau d'éthique.

Questions relatives à la politique du programme

Actualisation sur la mise en œuvre de la politique régionale en matière de budget programme (document CE142/8)

38. Le Dr Osvaldo Salgado (Représentant du Sous-Comité des Programmes, du Budget et de l'Administration) a indiqué que le Sous-Comité avait discuté une version antérieure du rapport sur la mise en œuvre de la politique régionale en matière de budget programme lors de sa deuxième session et qu'il avait approuvé la proposition d'ajouter un quatrième critère pour l'usage de l'allocation variable des pays (AVP), permettant aux pays d'utiliser ces fonds pour les projets de coopération technique entre pays (TCC). Le Sous-Comité a invité le Secrétariat à prendre un rôle plus proactif en portant à la connaissance des pays la disponibilité des fonds variables et en les encourageant à les utiliser.

39. Dans la discussion qui a suivi, un délégué a demandé quelle était la procédure à suivre pour accéder à ces fonds AVP. M. Román Sotela (Conseiller principal, Budget Programme, OPS) a expliqué que l'allocation variable des pays était un mécanisme interne incorporé dans la politique régionale en matière de budget programme adoptée en 2004. Le mécanisme était communiqué aux représentants de l'OPS/OMS et c'était leur responsabilité de demander du financement au titre de l'allocation variable des pays conformément aux critères approuvés. Tous les fonds AVP étaient alloués, suivis et contrôlés séparément de sorte que le Secrétariat pouvait faire rapport avec précision sur leur usage.

40. La Directrice a noté que la politique régionale en matière de budget programme continuerait à évoluer. Des changements et améliorations seraient introduits selon les besoins dans la méthodologie pour allouer les ressources aux pays et déterminer les plafonds de leur budget ordinaire.

41. Le Comité exécutif a pris note de la nouvelle série de critères pour l'usage des fonds AVP approuvée par le Sous-Comité des Programmes, du Budget et de l'Administration.

Méthodes collectives et individuelles pour la prévention et la prise en charge du diabète et de l'obésité (document CE142/9)

42. Le Dr Jarbas Barbosa da Silva (Gérant de Domaine, Surveillance sanitaire et Prise en Charge des Maladies, OPS) a résumé le contenu du document CE142/9, notant qu'il était présenté en réponse à des demandes faites par plusieurs États Membres lors de sessions antérieures du Comité exécutif. Il a commencé par présenter des statistiques montrant la prévalence élevée du diabète et de l'obésité dans les Amériques. Il a ensuite

passé en revue les actions qui avaient été prises au niveaux mondial et régional pour faire face à l'épidémie croissante d'obésité et l'augmentation connexe de la prévalence de maladies chroniques telles que le diabète, y compris la Stratégie mondiale de l'OMS sur la prévention et le contrôle des maladies chroniques; la Stratégie mondiale sur la nutrition, l'activité physique et la santé; et la Stratégie régionale sur une approche intégrée de la prévention et du contrôle des maladies chroniques, y compris la nutrition, l'activité physique et la santé.

43. De nombreuses opportunités d'intervention ont été perdues au début de l'histoire naturelle de l'obésité et du diabète. Par conséquent, de nombreux patients n'étaient pas diagnostiqués jusqu'à ce qu'ils aient les manifestations cliniques du diabète et ses complications, situation qui augmentait les coûts pour les systèmes de santé et qui plaçait un fardeau de plus en plus lourd sur les personnes individuelles, les familles et les communautés.

44. L'OPS proposait des méthodes individuelles et collectives pour la prévention et la prise en charge de l'obésité et du diabète. Il s'agissait de méthodes éprouvées, basées sur des preuves scientifiques, qui s'étaient avérées efficaces pour réduire la prévalence de l'obésité et prévenir ainsi le diabète de type 2. Les deux méthodes comprenaient la prévention primaire et secondaire. Le document CE142/9 citait quelques stratégies et activités préventives suggérées pour affronter l'épidémie jumelle de l'obésité et du diabète. Le Comité exécutif était invité à analyser les méthodes proposées et à adopter une résolution proposée à la considération du 48^e Conseil directeur.

45. Le Comité exécutif a applaudi la qualité du document, que les délégués ont jugé très complet et bien recherché, même si un délégué a indiqué qu'il aurait préféré voir moins d'analyse de situation et plus d'accent mis sur le rôle du Secrétariat dans son aide aux pays pour lutter contre l'obésité et le diabète. Le Comité a également exprimé son appui aux méthodes individuelles et collectives proposées et a convenu que les deux types de méthodes devaient être entrepris simultanément et d'une manière équilibrée. Des délégués ont souligné le besoin d'une action intersectorielle afin d'aborder les facteurs environnementaux qui contribuaient à la marée montante de l'obésité et du diabète. Il a été suggéré que des professionnels d'autres secteurs, les secteurs sociaux en particulier, fassent partie des équipes de soins primaires afin de faciliter une approche intersectorielle intégrée. Des délégués ont également mis en relief le besoin de la promotion et de l'éducation en santé culturellement appropriées, afin d'affronter l'obésité et le diabète parmi des groupes de population spécifiques, tels que les populations autochtones.

46. Des délégués ont recensé plusieurs rôles importants pour l'OPS. Un rôle consistait à évaluer l'efficacité et l'impact des programmes de prévention primaire et secondaire existants et des interventions afin d'identifier ceux qui fonctionnaient le mieux et qui étaient les plus efficaces par rapport au coût. La dissémination de

l'information sur les bonnes pratiques parmi les pays a été recensée comme un autre rôle pour l'OPS. À cet égard, plusieurs délégués ont décrit des initiatives en cours dans leur pays et offert de partager les connaissances acquises de ces expériences avec l'Organisation et avec d'autres pays. Un autre rôle clé pour l'OPS était la mobilisation de financement pour des initiatives destinées à prévenir et contrôler non seulement l'obésité et le diabète, mais aussi les maladies chroniques non transmissibles. Un délégué a observé que bien que ces maladies plaçaient un fardeau énorme sur les systèmes de santé et avaient des coûts élevés pour la société, il y avait encore relativement peu de soutien des organisations internationales et des donateurs pour des programmes sur les maladies chroniques.

47. Un délégué a mis en doute le besoin d'une résolution sur ce point, étant donné que les États Membres avaient déjà adopté plusieurs résolutions sur les maladies non transmissibles et thèmes connexes, tant au niveau régional qu'au niveau mondial. Le même délégué a noté qu'alors que le document CE142/9 mentionnait la Stratégie mondiale de l'OMS sur la nutrition, l'activité physique et la santé et la Stratégie régionale et plan d'action sur une approche intégrée de la prévention et du contrôle des maladies non transmissibles, il ne mentionnait pas le Plan d'action pour la Stratégie mondiale sur la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles, adoptée par la soixante-et-unième Assemblée mondiale de la Santé en mai 2008 (résolution WHA61.14).

48. Le Dr Barbosa da Silva a indiqué que le document et la résolution avaient été préparés en réponse à des demandes de plusieurs États Membres, qui étaient préoccupés par le coût croissant du diabète dans leurs pays. Ils avaient demandé à l'OPS de développer une approche régionale axée spécifiquement sur le diabète et l'obésité. Il a convenu qu'une approche intersectorielle était très importante pour aborder tous les facteurs de risque relatifs à l'obésité et au diabète. Il a également reconnu la carence de financement pour des initiatives concernant les maladies non transmissibles. À son avis, ce problème se devait pour une grande part au manque de compréhension du fait qu'une grande partie de la mortalité et de la morbidité par les maladies non transmissibles pouvait être prévenue au moyen de l'application d'interventions à coût relativement faible et basées sur les preuves scientifiques. Il fallait espérer que l'adoption de la stratégie mondiale et le plan d'action sur les maladies non transmissibles mènerait à une compréhension accrue de ce fait.

49. Le Dr James Hospedales (Chef d'Unité, maladies non transmissibles, OPS) a indiqué que les méthodes proposées dans le document CE142/9 représentait un enrichissement de la composante diabète de la stratégie régionale sur les maladies chroniques. En ce qui concernait les rôles du Secrétariat, ils comportaient la recherche pour créer une base de preuves scientifiques et mesurer l'ampleur véritable de l'épidémie d'obésité et de diabète, la formation et le renforcement de la capacité concernant la prise

en charge du diabète, et la qualité des études de soins pour fournir une rétroinformation aux pays sur la couverture et la qualité des soins de leurs services de santé en ce qui concernait la prévention et la prise en charge de l'obésité et du diabète. Le Secrétariat était également engagé dans des efforts intersectoriels plus vastes pour aborder les facteurs de risque concernant le diabète et l'obésité. Par exemple, en 2007 il avait tenu une réunion avec des producteurs alimentaires majeurs, visant à éliminer les graisses non saturées de l'alimentation des populations des Amériques. Il a indiqué que le Secrétariat inclurait des informations supplémentaires sur ses rôles et ses activités dans la prochaine version du document.

50. La Directrice a souligné à nouveau que le document avait été préparé à la suite de demandes répétées de plusieurs États Membres, qui voulaient que l'OPS s'arrête spécifiquement sur le diabète, malgré l'existence de stratégies plus vastes qui traitaient des maladies chroniques en général. Le Secrétariat avait travaillé avec ces États membres dans l'identification de l'approche à adopter sur ce thème. Il avait été convenu que le document examinerait tout d'abord « ce qui se faisait de mieux » en matière de diabète et de sa prévention et prise en charge. C'était la raison pour l'analyse de situation détaillée et les nombreuses notes en bas de page dans le document. Le Secrétariat avait pris grand soin de fournir au Comité des preuves pour appuyer toutes les affirmations contenues dans le document. Le document à préparer pour le Conseil directeur n'a pas besoin de contenir une analyse de situation aussi détaillée, si c'était là la préférence du Comité.

51. Répondant aux commentaires sur le besoin d'une action intersectorielle—en particulier des partenariats avec le secteur privé—elle a fait remarquer qu'en plus de travailler avec l'industrie alimentaire pour changer les caractéristiques des aliments, il était nécessaire de travailler avec des groupes de consommateurs afin de dynamiser la demande d'aliments bons pour la santé. Autrement, les producteurs auraient peu d'incitation à les produire.

52. Le Comité a adopté la résolution CE142.R6 sur ce point.

Stratégie et plan d'action régionaux pour la prévention et la lutte contre le cancer du col de l'utérus (document CE142/10 et Add. I)

53. Introduisant la Stratégie et le plan d'action régionaux pour la prévention et la lutte contre le cancer du col de l'utérus et la résolution proposée s'y rapportant, le Dr Jarbas Barbosa da Silva (Gérant de Domaine, Surveillance sanitaire et Prise en Charge des Maladies, OPS) a rappelé que le thème avait été discuté par le Comité exécutif en 2007, et que le Comité avait décidé de demander au Secrétariat de réviser l'approche proposée et de soumettre à nouveau la question pour discussion en 2008. Dans l'intérim, la stratégie et le plan d'action avaient été longuement discutés avec les États Membres dans divers forums dans la Région et dans des réunions de groupes d'experts. L'approche de la

prévention et de la lutte contre le cancer du col de l'utérus décrite dans le document CE142/10 était une approche détaillée, comprenant information et éducation, dépistage, diagnostic et traitement, et soins palliatifs. L'approche venait en complément des méthodes traditionnelles de prévention avec de nouveaux outils et méthodes, en particulier le dépistage par inspection visuelle, le test ADN du virus du papillome humain (VPH), et la vaccination contre le VPH, cause majeure de cancer du col de l'utérus.

54. Deux vaccins anti-VPH étaient actuellement disponibles dans la Région. Les deux vaccins avaient montré qu'il étaient sûrs et très efficaces contre les souches du virus le plus souvent apparenté au cancer du col de l'utérus. Le principal obstacle à leur emploi généralisé était le coût. Le Fonds renouvelable de l'OPS pour l'achat de vaccins pourrait servir de moyen pour rendre le vaccin disponible à des prix plus abordables.

55. La stratégie et le plan proposés préconisaient des actions dans sept domaines : évaluation de la situation; intensification de l'éducation en santé; amélioration de la couverture du dépistage, du suivi et de la qualité; amélioration de l'accès et de la qualité du traitement du cancer; renforcement des systèmes d'information et registres du cancer; génération de données probantes pour faciliter la décision sur l'introduction du vaccin anti-VPH; et plaidoyer pour un accès équitable et des vaccins anti-VPH à des prix abordables. Les activités à entreprendre dans chacun de ces domaines étaient décrites dans la stratégie (document CE142/10) et le plan d'action (document CE142/10, Add. I).

56. Le Comité exécutif a accueilli avec satisfaction l'opportunité d'examiner à nouveau la question du cancer du col de l'utérus et a remercié le Secrétariat d'avoir révisé la stratégie et préparé un plan d'action, comme l'avait demandé le Comité l'année antérieure. Des délégués ont estimé que le document était nettement amélioré, notant qu'il répondait à nombreuses des questions soulevées lors de la 140^e session du Comité exécutif et lors de la 27^e Conférence sanitaire panaméricaine. Néanmoins, plusieurs suggestions ont été faites pour amélioration ultérieure. Il a été noté, par exemple, que le document semblait suggérer que tous les cas de cancer du col de l'utérus se devaient à l'infection par le VPH, ce qui n'était pas vrai. De plus, les facteurs de risque pour l'infection par le VPH devaient être distingués des cofacteurs liés au développement du cancer du col de l'utérus. Ils estimaient que l'énonciation concernant la durée de l'immunité conférée par le vaccin anti-VPH, en particulier la partie qui disait « et peut-être beaucoup plus longtemps » (document CE142/10, paragraphe 10), était trop subjective et que toute information sur la durée de la protection devait être appuyée par des preuves scientifiques. La section concernant l'inclusion du vaccin anti-VPH dans les programmes d'immunisation devrait être clarifiée, gardant à l'esprit que c'était une chose d'approuver ou d'autoriser le vaccin pour usage, mais que c'en était une autre de l'approuver au titre d'un programme d'immunisation systématique.

57. En ce qui concernait la stratégie et le plan d'action eux-mêmes, ils ont estimé qu'ils bénéficieraient d'une description plus approfondie des activités proposées et de la façon dont elles seraient opérationnalisées. Un délégué, notant qu'il n'y avait pas de preuve que l'inspection visuelle à l'aide de l'acide acétique (VIA) avait donné lieu à des réductions considérables de la mortalité par cancer du col de l'utérus, a indiqué que la stratégie devrait souligner que le dépistage par VIA ne devrait être utilisé que quand le dépistage par test Pap n'était pas possible. La formation et l'éducation permanente du personnel qui s'acquitterait du dépistage par VIA et d'autres aspects de la stratégie, y compris la vaccination anti-VPH, étaient considérées critiques pour sa réussite. L'OPS était encouragée à étudier des opportunités pour établir des réseaux de formation en collaboration avec d'autres organisations. Le Programme d'action pour la thérapie du cancer (PACT) de l'Agence internationale de l'énergie atomique a été mentionné comme un partenaire possible. Il était considéré important de développer et de disséminer des matériels de formation, tant pour les professionnels du cancer que pour les autres agents de santé n'intervenant pas directement dans la lutte contre le cancer.

58. En ce qui concernait l'évaluation de la situation, qui était la première composante de la stratégie, il a été suggéré que les registres du cancer locaux, nationaux et régionaux pourraient être une source utile d'information. La base de données de l'Agence internationale pour la recherche sur le cancer a été citée comme autre source. Au titre de la quatrième composante, « établir ou renforcer les systèmes d'information et les registres du cancer », ils ont suggéré que la recherche devrait être effectuée pour vérifier l'efficacité du vaccin anti-VPH si la série entière de trois doses n'était pas complétée, scénario qui se produirait vraisemblablement dans certaines populations.

59. Certains membres étaient d'avis que l'axe principal de la stratégie devait être d'assurer l'accès au vaccin anti-VPH comme le moyen le plus efficace par rapport au coût de prévention du cancer du col de l'utérus. D'autres ont fait remarquer que le vaccin n'empêcherait pas tous les cas de cancer du col de l'utérus, même si une couverture de vaccination à 100% était atteinte. Ils ont mis en garde contre le fait que le vaccin ne devrait pas être considéré comme une panacée parce que les gens seraient alors tentés de cesser de prendre des mesures préventives, ce qui donnerait lieu à une augmentation du VIH/SIDA et d'autres infections sexuellement transmissibles. L'Organisation était encouragée à appuyer les pays à développer des plans locaux et nationaux de prévention et de lutte contre le cancer du col de l'utérus qui appliquaient une approche globale, dont la vaccination anti-VPH était une facette. Ces plans devraient inclure une forte composante d'éducation en santé sexuelle et reproductive.

60. Des délégués ont accueilli avec satisfaction l'usage potentiel du Fonds renouvelable pour l'achat de vaccins en tant que moyen d'accroître l'accès au vaccin anti-VPH, mais ils ont souligné que son addition n'augmente pas le coût des autres vaccins achetés par le biais du Fonds. Un délégué a fait objection aux références sur les prix abordables du vaccin dans la stratégie et la résolution proposée, notant que le terme « abordable » était un terme relatif et comparatif, et que la base pour la comparaison n'était pas spécifiée.

61. Le Dr Barbosa da Silva a remercié le Comité de ses suggestions concernant le document et la stratégie. Le Secrétariat apporterait les changements recommandés au document, cherchant en particulier à clarifier la section concernant la causalité et l'épidémiologie du cancer du col de l'utérus, qui était un problème complexe impliquant des facteurs sociaux ainsi que des facteurs individuels et génétiques. Le Secrétariat préciserait également que le dépistage par inspection visuelle était une méthodologie alternative, prévue pour être utilisée parmi les populations qui n'avaient pas un accès direct aux méthodes traditionnelles de dépistage. Il a souligné que l'OPS ne proposait certainement pas que le dépistage par le test Pap soit remplacé par le dépistage au moyen de la méthode VIA.

62. Pour ce qui était du vaccin anti-VPH, il a observé qu'aux prix actuels, il n'était pas en fait efficace par rapport au coût, du moins pas d'un point de vue strictement économique. Les études entreprises pour évaluer la faisabilité de son introduction dans les pays de la Région avaient indiqué qu'il faudrait qu'il coûte 24 fois moins qu'il ne coûtait actuellement (\$5 contre \$120 par dose¹) afin d'être considéré coût-efficace. Il a souligné qu'il était important, en particulier en communiquant avec le public, de ne pas donner l'impression que le vaccin conférait une protection absolue contre le cancer du col de l'utérus. Les femmes qui avaient été vaccinées auraient toujours besoin de continuer les pratiques de dépistage et autres pratiques préventives.

63. La Directrice a convenu qu'il était essentiel d'éviter de transmettre des messages erronés sur l'efficacité du vaccin, et qu'il était tout aussi important d'assurer que l'information sur les avantages potentiels de la vaccination atteigne les populations courant le risque le plus élevé de cancer du col de l'utérus. L'expérience du dépistage avait montré que c'était généralement les femmes dans les groupes au risque le plus bas qui étaient conscientes des recommandations de dépistage et qui en tenaient compte, alors que de nombreuses femmes dans les groupes à risque élevé ne faisaient jamais de dépistage. Une situation similaire pourrait bien se produire avec le vaccin. Des études de prévalence doivent être effectuées afin de recenser et de cibler les populations qui pourraient bénéficier le plus de la vaccination anti-VPH. Dans tous les cas, le dépistage,

¹ Sauf indication au contraire, toutes les sommes monétaires qui figurent dans le rapport sont exprimées en dollars des Etats-Unis d'Amérique.

ajouté à des bilans médicaux réguliers, restait la méthode la plus efficace de prévention des décès par cancer du col de l'utérus.

64. Le Comité a adopté la résolution CE142.R13, recommandant que le 48^e Conseil directeur approuve la Stratégie régionale et la plan d'action pour la prévention et la lutte contre le cancer du col de l'utérus.

Malnutrition chez le jeune enfant aux Amériques : Atteindre les objectifs de développement pour le millénaire (document CE142/11)

65. Le Dr Gina Tambini (Gérante de Domaine, Santé familiale et communautaire, OPS) a résumé le contenu du document CE142/11, soulignant que l'élimination de la malnutrition maternelle et infantile était essentielle pour atteindre non seulement l'objectif de développement pour le millénaire (ODM) No. 4 (Réduire la mortalité infantile), mais également la plupart des autres ODM. L'amélioration de la nutrition du jeune enfant était également cruciale pour réaliser d'autres engagements mondiaux, tels que ceux émanant de la session spéciale de l'Assemblée générale des Nations Unies sur les enfants (2002) et la Convention sur les droits de l'enfant (résolution 44/25 de l'Assemblée générale des Nations Unies). De plus, étant donné que la malnutrition dans l'enfance était un facteur de risque pour les maladies chroniques liées à la nutrition, il était important d'améliorer la nutrition de l'enfant pour améliorer la santé adulte. Les 24 premiers mois après la naissance étaient une fenêtre d'opportunité critique pour prévenir les déficits de taille pour l'âge ou les retards de croissance, qui étaient la meilleure mesure de la malnutrition parce qu'elle reflétait les effets cumulés et irréversibles d'une nutrition inadéquate dans la petite enfance et parce qu'elle rendait plus facile l'identification des disparités à l'intérieur des pays dans le statut nutritionnel.

66. Il y avait des interventions efficaces par rapport au coût, fondées sur des données probantes, qui préviendraient la malnutrition et mèneraient à la croissance physique améliorée, le développement cognitif, les résultats scolaires et la productivité économique. Ces interventions devraient être intégrées dans les soins de santé primaires de sorte que tous les dispensateurs de soins de santé partagent la responsabilité d'améliorer la nutrition de l'enfant. Pour renforcer leur impact, les interventions liées à la santé devraient être complétées par des actions par d'autres secteurs afin d'aborder les déterminants socioéconomiques sous-tendant la malnutrition.

67. Le Dr Tambini a conclu en informant le Comité qu'en juillet July 2008, la Directrice organiserait une réunion des directeurs régionaux des agences des Nations Unies, dont l'un des objectifs serait de former un partenariat panaméricain pour la nutrition et le développement, afin de coordonner et de promouvoir un effort intersectoriel intégré pour lutter contre la malnutrition, en particulier parmi les groupes

vulnérables, et aider à assurer ainsi à atteindre les ODM pour toutes les populations de la Région.

68. Dans la discussion qui a suivi, des délégués ont souligné le lien entre la malnutrition et l'inégalité, notant qu'il s'agissait d'une cause majeure de disparités et qui empêchait le développement non seulement des enfants, mais aussi de leur pays. Le besoin d'action intersectorielle a également été mis en relief. Ils ont noté que le manque de coordination intersectorielle était l'un des principaux obstacles empêchant les progrès sur la voie de l'élimination de la malnutrition dans les Amériques. Des stratégies et des interventions efficaces existaient, mais elles n'étaient pas appliquées de manière efficiente parce que les agences nationales et internationales ne coordonnaient pas suffisamment leurs efforts. L'OPS était priée de poursuivre ses efforts pour promouvoir la coordination des activités des acteurs nationaux et internationaux en ce qui concernait la malnutrition. L'Organisation était également encouragée à développer des stratégies pour aider les pays à répondre à l'escalade des prix alimentaires.

69. Un délégué a indiqué qu'il n'apparaissait pas clairement dans le document quelle action le Secrétariat proposait afin de résoudre le problème de la malnutrition, et que sans savoir véritablement ce que seraient les activités du Secrétariat, il serait impossible de voir comment elles seraient exécutées et comment les progrès faits par le Secrétariat et les États Membres pouvaient être mesurés. Le même délégué a remis en question une phrase du document qui indiquait que les aliments riches en nutriments étaient souvent des produits animaliers et étaient par conséquent chers par rapport aux aliments de base. Il a fait remarquer que les haricots et le riz, aliments de base de la nutrition de diverses populations de la Région, étaient très riches en nutriments et pas particulièrement coûteux. En faisant référence au paragraphe 24 du document, il a dit que l'OPS n'intervenait pas dans l'analyse des agendas internationaux et des accords commerciaux.

70. Le Dr Tambini a expliqué que ce point avait été présenté au Comité en raison de l'importance de la nutrition en tant que déterminant de la santé et du bien-être général, ainsi que de son importance critique pour la réalisation des objectifs de développement pour le millénaire en 2015. Une autre raison de présenter ce thème avait été d'attirer l'attention sur le besoin d'un consensus sur les approches et leur coordination pour s'attaquer au problème de la malnutrition—un besoin qui avait également été mis en relief par le Comité. La réunion à venir des directeurs régionaux avait pour but de faciliter le travail conjoint entre les agences des Nations Unies afin qu'elles puissent appuyer les pays efficacement à réduire la malnutrition.

71. La Directrice a ajouté que le document avait été préparé à la demande de plusieurs pays de la Région qui étaient extrêmement préoccupés par l'impact de la crise alimentaire mondiale actuelle sur leurs populations. Elle a noté que l'Organisation avait une longue histoire de travail dans le domaine de la nutrition, y compris le travail de ses

deux centres spécialisés : l'Institut de Nutrition d'Amérique centrale et de Panama (INCAP) et le Centre caribéen de l'Alimentation et de la Nutrition (CFNI). L'objectif principal du Secrétariat en présentant ce document était de déterminer si le Comité exécutif estimait que le rôle que jouait le Secrétariat dans le contexte actuel était le rôle que les États Membres souhaitaient qu'il joue.

72. Répondant aux commentaires de la Directrice, des délégués ont réitéré le besoin d'une coordination intersectorielle et interinstitutions et ont applaudi les efforts de l'OPS pour promouvoir cette coordination. L'Organisation était également invitée à appuyer les pays dans le renforcement de leurs systèmes de surveillance nutritionnelle afin de leur permettre d'évaluer l'impact des politiques et des initiatives destinées à améliorer la nutrition. Un autre rôle pour l'OPS était d'assister les pays à former des ressources humaines dans le domaine de la nutrition et à développer des directives spécifiques sur l'alimentation et la nutrition pour les enfants d'âges divers et pour les adolescents. Un domaine potentiel de travail pour l'avenir consisterait à identifier des méthodes fondées sur des données probantes pour gérer la surnutrition, qui était un problème croissant dans de nombreux pays de la Région. Le Secrétariat était encouragé à lier étroitement son travail sur la malnutrition chez le jeune enfant avec le travail à entreprendre dans le cadre de la Stratégie et du plan d'action régionaux pour la santé néonatale dans le contexte de soins apportés à la mère, au nouveau-né et à l'enfant (également discutée par le Comité lors de la 142^e session, voir paragraphes 74 à 85 ci-dessous).

73. Le Comité a pris note du rapport.

Stratégie et plan d'action régionaux pour la santé néonatale dans le contexte des soins apportés à la mère, au nouveau-né et à l'enfant (document CE142/12)

74. Le Dr Gina Tambini (Gérante de Domaine, Santé familiale et communautaire, OPS) a résumé le document CE142/12, faisant observer que même si la mortalité des nourrissons et de enfants de moins de cinq ans avait été drastiquement réduite en Amérique latine et aux Caraïbes au cours des dix dernières années, la mortalité néonatale n'avait pas diminué au même rythme. Chaque année, plus de 190.000 bébés dans la Région mouraient pendant les 28 premiers jours de vie, la majorité par des causes évitables. Le taux moyen de mortalité néonatale régional était de 14,3 par 1.000 naissances vivantes, avec des disparités énormes entre les pays et au sein des pays. La mortalité néonatale représentait 60% de la mortalité des nourrissons et près de 40% de la mortalité des enfants de moins de cinq ans.

75. Le plan d'action couvrait quatre domaines stratégiques interdépendants : créer un environnement propice pour la promotion de la santé néonatale; renforcer les systèmes de santé pour améliorer l'accès aux services de santé maternelle, du nouveau-né et de l'enfant; promouvoir les interventions communautaires; et développer et renforcer les

systèmes de suivi et évaluation. Le Comité exécutif était invité à donner son opinion sur la stratégie et le plan d'action proposés.

76. Le Comité a accueilli favorablement la stratégie, qu'un membre a décrite comme un excellent compagnon à la Stratégie régionale pour la réduction de la mortalité et de la morbidité maternelles. Il a également été suggéré que la stratégie devait aussi être étroitement liée à la Stratégie régionale sur la santé des adolescents et des jeunes (également discutée par le Comité lors de la 142^e session, voir paragraphes 86 à 105 ci-dessous). Traiter la santé néonatale au titre du contexte de soins était considéré comme une excellente approche. Les délégués estimaient que l'amélioration de la santé néonatale serait une étape majeure sur la voie de la réduction des inégalités importantes dans de nombreux domaines de la santé, ainsi que sur la voie de la réalisation de l'objectif de développement pour le millénaire se rapportant à ce domaine.

77. Il a été noté qu'il existait de nombreuses interventions efficaces pour la prévention de la mortalité et de la morbidité néonatales. Par exemple, la recherche indiquait que si tous les nouveau-nés étaient vus par une personne compétente dans les 48 heures de la naissance, la mortalité néonatale pourrait être réduite jusqu'à 30%. Le problème n'était pas de ne pas savoir ce qu'il fallait faire, mais plutôt un manque d'exécution.

78. Le Comité estimait que les quatre domaines stratégiques du plan d'action étaient bien choisis. Il félicitait en particulier l'accent mis sur les interventions communautaires, qui étaient essentielles si l'accès des pauvres et des groupes vulnérables aux services de santé devait être amélioré. Un délégué a souligné le besoin de tenir compte de la culture et des pratiques autochtones qui se rapportaient à la santé néonatale. En ce qui concernait le domaine stratégique 2, une autre déléguée a observé que quand bien même le concept d'accès universel à des services de santé maternelle et infantile équitables et de bonne qualité était louable, il s'agissait également d'une matière difficile à mesurer. Il fallait donc développer de meilleurs moyens de mesurer l'accès et la qualité des soins pour les nouveau-nés dans la Région.

79. Le Comité a bien accueilli l'accent mis sur le renforcement des systèmes de santé en plus de se concentrer sur des interventions spécifiques, afin d'assurer la durabilité. L'importance des systèmes de suivi et évaluation a été mise en relief, comme moyen de déterminer les causes principales de la mortalité néonatale et de cerner les faiblesses dans le système de soins de santé.

80. Des délégués ont convenu que des approches différenciées ajustées aux différents niveaux de mortalité néonatale des pays étaient requises. Ils ont suggéré que le plan d'action devrait incorporer des recommandations spécifiques pour donner lieu à d'autres réductions de la mortalité et de la morbidité infantiles dans les pays qui avaient déjà des

taux relativement faibles. Des actions potentielles pouvaient comprendre le développement de stratégies de prévention des naissances prématurées, la régionalisation des soins prénatals, et le développement de systèmes adéquats de transport néonatal.

81. Plusieurs délégués ont noté que l'amélioration des soins néonataux nécessiterait des ressources, notamment des ressources humaines. Le Délégué d'Antigua et Barbuda a remarqué que la migration des agents de santé constituait un problème majeur affectant la question de la mortalité néonatale et d'autres problèmes de santé. Il était difficile de monter des interventions communautaires réussies sans un nombre suffisant de professionnels des soins de santé. Son pays s'efforçait d'avoir chaque naissance assurée par une sage-femme au moins, mais dès que les professionnels de la santé terminaient leur formation, ils étaient attirés par des pays plus riches, certains d'entre eux fermant même leurs propres écoles d'infirmières, ce qui signifiait que la capacité domestique n'allait pas augmenter. Il fallait que tous les pays, riches et pauvres, travaillent ensemble afin d'accroître la disponibilité des professionnels des soins de santé. La question de la migration des agents de santé devait être traitée dans le document et devrait être prise en compte dans la planification de la réponse à tous les problèmes de santé.

82. Le Dr Tambini a remercié les délégués de leurs contributions, notant que le plan d'action avait été construit sur la base de l'expérience des pays et des sous-régions concernant la santé néonatale. Alors que le document CE142/9 donnait un bref résumé du plan d'action, un plan beaucoup plus détaillé avait été préparé et serait prêt pour être considéré par le 48^e Conseil directeur. Elle a noté que la question des pénuries de ressources humaines relevait du domaine stratégique 2, du fait que le renforcement des systèmes de santé impliquait non seulement l'amélioration de la qualité des soins, mais aussi l'assurance de la disponibilité des agents de santé. L'OPS travaillerait en collaboration avec les pays de la Région pour tenter d'intensifier la disponibilité de ressources humaines.

83. Plusieurs délégués ont indiqué que le plan d'action plus détaillé devait être examiné par le Conseil exécutif avant d'être soumis au Conseil directeur.

84. La Directrice a approuvé, ajoutant qu'il y avait urgence, car la stratégie approuvée au 47^e Conseil directeur en 2006 avait été prévue pour couvrir la période 2008-2012. Elle proposait que le plan d'action en version provisoire soit distribué au Comité exécutif pour considération lors de la 142^e session.

85. Après avoir examiné la version provisoire du plan d'action, le Comité exécutif a adopté la résolution CE142.R10.

Stratégie régionale pour la santé des adolescents et des jeunes (document CE142/13, Rév.1 et Rév.2)

86. Le Dr Gina Tambini (Gérante de Domaine, Santé familiale et communautaire, OPS) en introduisant le document CE142/13, Rév.1, a indiqué que la Stratégie régionale sur la santé des adolescents et des jeunes était introduite à un moment stratégique. Plusieurs événements clés avaient lieu, qui offraient l'opportunité d'incorporer le thème de la jeunesse, de la santé et du développement dans les agendas politiques, dont la 38^e session ordinaire de l'Assemblée générale de l'Organisation des États américains (OEA) en mai 2008, dont le thème avait été « Jeunesse et Valeurs démocratiques, » et le Sommet ibéroaméricain des Chefs d'État et de Gouvernement, prévu pour octobre 2008, qui porterait sur le thème « Jeunesse et Développement. » Le choix de thèmes liés à la jeunesse pour ces événements représentait une reconnaissance de l'importance d'investir dans les jeunes comme moyen de faire progresser la santé et le développement des nations à l'avenir.

87. La jeunesse d'aujourd'hui faisait face à de nouveaux défis sociaux, économiques, politiques, culturels et environnementaux, qui préconisaient de nouvelles réponses et stratégies de coopération. La stratégie proposée dans le document CE142/13, Rév.1 répondait aux besoins qui avaient été identifiés dans une évaluation régionale de la mise en œuvre de programmes pour la santé des adolescents conformément à la résolution CD40.R16, adoptée en 1997. La stratégie avait été développée par un groupe de travail au sein de l'OPS impliquant tous les domaines techniques, avec le soutien d'experts d'institutions académiques et de diverses agences des Nations Unies ainsi que d'autres organisations internationales. Les États Membres avaient participé à travers des consultations techniques à niveau de pays. La stratégie était intégrée dans les objectifs stratégiques du Plan stratégique du BSP 2008-2012 et dans les stratégies et initiatives régionales sur la santé mentale, la prévention de la violence, la santé sexuelle et reproductive, la protection sociale, la prévention des traumatismes, la nutrition et l'activité physique, la sécurité routière et les écoles promouvant la santé. Elle reposait sur quatre piliers : soins de santé primaires, promotion de la santé, protection sociale et déterminants sociaux de la santé. La stratégie cherchait à appuyer les États Membres à renforcer la capacité en vue de la formulation de politiques nationales destinées à améliorer la santé des adolescents et des jeunes. Elle appliquait une approche interculturelle et fondée sur le genre et les droits, et elle était appelée à contribuer à la promotion de la santé et du développement de la population jeune des Amériques.

88. Le Comité exécutif était prié de faire ses commentaires sur la stratégie, qui formerait la base d'un plan d'action à soumettre au 49^e Conseil directeur en 2009.

89. Dans la discussion qui a suivi, les délégués ont souligné l'importance de la santé des adolescents et des jeunes pour leurs pays respectifs, remarquant que les jeunes d'aujourd'hui étaient les dirigeants de demain, et que l'investissement dans les populations d'adolescents et de jeunes était essentiel pour l'avenir de la santé et de l'infrastructure sociale de la Région. Les délégués ont également mis en relief le besoin de faire intervenir les adolescents et les jeunes dans les questions qui les affectaient, reconnaissant leur indépendance croissante, leur capacité à prendre leur propres décisions, et la validité de leurs opinions. Dans le même temps, les délégués ont souligné l'importance de la famille pour son influence de guide et de protection des adolescents et le rôle que les parents et les communautés religieuses pouvaient jouer pour permettre aux adolescents de faire des choix sains. La reconnaissance de ces rôles de la stratégie proposée a été applaudie. Le besoin d'approches interdisciplinaires pour répondre aux multiples questions de la santé qui affectaient les jeunes a également été souligné.

90. Le Comité a fait part de son soutien général à la stratégie proposée, mais certains délégués estimaient qu'afin qu'elle soit considérée comme une véritable stratégie, elle devait comporter des objectifs concrets et définir clairement le rôle de l'OPS dans la réalisation de ces objectifs. Ils ont observé que la stratégie devait indiquer comment prendre en main des problèmes tels que le tabagisme et l'abus d'alcool, les grossesses non planifiées, et le sédentarisme et l'obésité chez les jeunes. Ils ont suggéré que l'un des rôles de l'OPS devait être d'aider les États Membres à développer des systèmes d'information précis et fiables afin de leur permettre de formuler des solutions basées sur des preuves. Le Secrétariat était encouragé à lier son travail dans ce domaine avec le travail à entreprendre dans le cadre de la Stratégie et plan d'action régionaux pour consolider le recueil des données d'état civil et de santé (également discutée par le Comité lors de la 142^e session, voir paragraphes 115 à 123 ci-dessous).

91. Le Délégué des États-Unis d'Amérique, notant que le document CE142/13/Rév.1 ne mentionnait pas la stratégie de l'OMS sur la santé et le développement des enfants et des adolescents, a dit que plutôt que de développer sa propre stratégie, l'OPS devrait porter ses efforts sur l'exécution de la stratégie mondiale dans la Région. Autrement, a-t-il ajouté, il y avait un risque que l'OPS reproduirait simplement les efforts de l'OMS, ce qui avait le potentiel de diluer l'effet du travail de l'Organisation et créer la confusion. Il a également mis en doute la valeur ajoutée de l'approche fondée sur les droits préconisée dans le document, et a demandé qu'une référence dans la résolution proposée à la Convention des Nations Unies sur les droits de l'enfant soit éliminée, du fait que les États-Unis n'avaient pas adhéré à cette Convention.

92. Le Dr Tambini a indiqué qu'une stratégie et un plan d'action régionaux étaient considérés nécessaires afin d'établir des objectifs régionaux spécifiques, en fonction d'une analyse de la situation actuelle dans les pays des Amériques. Elle a observé que

sans ces objectifs régionaux, il serait difficile d'établir des indicateurs et de suivre les progrès.

93. M. Javier Vásquez (Spécialiste des Droits de l'Homme, OPS) a indiqué que l'approche proposée fondée sur les droits de l'homme s'inscrivait dans le Plan stratégique du BSP 2008-2012, objectif stratégique 7 qui stipulait que les conventions et normes des droits humains offraient un cadre conceptuel et juridique unificateur pour les stratégies afin de promouvoir les gains en santé pour les groupes vulnérables, ainsi que des mesures par lesquelles évaluer la réussite et clarifier la redevabilité et les responsabilités des différentes parties prenantes impliquées.²

94. Le Dr Matilde Maddaleno (Conseillère régionale, Santé des Adolescents, OPS) a indiqué que le Secrétariat ajouterait une référence à la Stratégie de l'OMS sur la santé et le développement de l'enfant et de l'adolescent au document. Elle a observé, toutefois, que la stratégie régionale proposée présentait une approche très complète impliquant l'ensemble de l'Organisation dans un effort partagé de collaboration, ce qui la distinguait de la stratégie de l'OMS. En fait, le personnel de l'OMS était intervenu dans le développement de la stratégie régionale et suivrait sa mise en œuvre et observerait attentivement ses résultats. En ce qui concernait le renforcement des systèmes d'information, elle a indiqué que l'OPS avait l'intention d'établir une base de données régionale dotée de 30 indicateurs qui servirait à suivre les progrès dans chaque pays relatifs à la santé des adolescents et des jeunes et la contribution du Secrétariat à ces progrès.

95. La Directrice a indiqué que l'OPS ne souhaitait pas répliquer les stratégies de l'OMS, toutefois, il était toujours nécessaire d'adapter les stratégies mondiales au contexte régional. Dans ce cas, la stratégie proposée de l'OPS différait quelque peu de la stratégie de l'OMS en ce sens qu'elle se concentrait spécifiquement sur les adolescents et les jeunes, groupe qui, à l'opinion de l'OPS, nécessitait une attention spéciale en raison des défis et des risques particuliers auxquels ils faisaient face. De plus, comme l'avait dit le Dr Maddaleno, la stratégie proposée adoptait une approche plus complète et plus intégrée que celle de l'OMS, cherchant à relier une stratégie axée sur une tranche d'âge spécifique avec de nombreuses autres stratégies approuvées par les Organes directeurs de l'OPS qui ne ciblaient pas de groupe particulier.

96. Le Dr Heidi Jiménez (Conseillère juridique, OPS) a remarqué que la référence à la Convention des droits de l'enfant se trouvait dans un paragraphe du préambule, qui reconnaissait simplement les droits des adolescents et des jeunes inscrits dans cette Convention et dans d'autres instruments internationaux des droits humains. Ce

² Plan stratégique 2008-2012. *Document officiel* 328. (<http://www.paho.org/English/GOV/CE/ce142-div3-e.pdf>).

paragraphe n'impliquait pas que les pays des Amériques avaient nécessairement ratifié ou étaient liés par ces instruments.

97. Dans la discussion de la résolution proposée sur ce point, le Délégué des États-Unis d'Amérique a informé que son Gouvernement n'était pas préparé à adopter une résolution avalisant la stratégie proposée, parce que, sans l'inclusion d'objectifs spécifiques, de lignes d'action et des rôles de l'OPS, elle ne constituait pas une véritable stratégie.

98. Après d'autres discussions, il a été convenu que le Comité repousserait l'action sur ce point jusqu'au 31 juillet 2008, lorsqu'une réunion virtuelle serait tenue. Dans l'intérim, le Secrétariat réviserait la stratégie et la résolution proposées, gardant à l'esprit les opinions exprimées par les États Membres. Les membres du Comité et les autres États Membres étaient invités à continuer à soumettre leurs commentaires jusqu'au 21 juillet 2008.

99. La réunion virtuelle avait été convoquée comme prévu le 31 juillet. Les représentants du Chili, des États-Unis d'Amérique et du Panama ont participé en personne du Siège de l'OPS, et les représentants d'Antigua et Barbuda, de Bolivie, du Mexique, de Trinité-et-Tobago, du Suriname et de l'Uruguay ont participé par téléconférence. Les représentants du Canada, de Colombie, de Cuba, de l'Équateur, d'El Salvador, du Guatemala, du Honduras du Nicaragua, du Paraguay et de la République dominicaine ont participé en qualité d'observateurs, également par téléconférence.

100. Le Dr Tambini a introduit la stratégie révisée (document CE142/13, Rév.2), notant qu'elle incorporait les commentaires et suggestions de sept membres du Comité exécutif et d'un observateur. Tous les commentaires reçus jusqu'au 29 juillet avaient été inclus. Elle a ensuite mis en relief les principaux changements apportés au document, qui comportaient l'addition de données à la section analyse, une identification claire des questions prioritaires à résoudre, et une élaboration plus poussée des objectifs et l'addition d'indicateurs pour chaque ligne d'action stratégique, tous alignés sur le Plan stratégique 2008-2012 et ses résultats escomptés. L'objectif global de la stratégie était de contribuer à l'amélioration de la santé des jeunes à travers le développement et le renforcement d'une réponse intégrée du secteur de la santé et la mise en œuvre de programmes de promotion, de prévention et de soins de la santé des adolescents et des jeunes.

101. Sept problèmes de santé prioritaires affectant les jeunes et nécessitant une action immédiate avaient été identifiés : violence; maladies transmissibles telles que le VIH/SIDA; complications de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches; infections sexuellement transmises; obésité; santé mentale; et tabagisme et toxicomanie. La stratégie proposait les lignes d'action stratégiques suivantes pour traiter ces

problèmes : information stratégique et innovation; environnements propices et politiques fondées sur des données probantes; systèmes et services de santé intégrés et globaux; renforcement de la capacité des ressources humaines; interventions basées sur la famille, la communauté et l'école; alliances stratégiques et collaboration avec d'autres secteurs; et communication sociale et implication des médias.

102. Le Comité exécutif a accueilli favorablement la stratégie révisée qu'il a trouvée très améliorée par rapport à la version antérieure, et il a remercié le Secrétariat de son dur travail au remaniement et à l'amendement du document. Les membres du Comité et les observateurs ont exprimé de concert leur ferme appui à la stratégie, même si plusieurs autres améliorations étaient suggérées. Les délégués ont noté avec plaisir la référence à la participation des jeunes dans la stratégie, qui était considérée essentielle si elle devait rester pertinente pour les adolescents et les jeunes. Toutefois, ils ont remarqué que la participation des adolescents et des jeunes n'était mentionnée explicitement que dans la section « Interventions basées sur la famille, la communauté et l'école » et ils estimaient qu'il fallait faire place à l'implication des jeunes dans toutes les lignes d'action stratégique. L'importance de la participation des jeunes dans les décisions sur des questions les concernant et rendant les services de santé plus réactifs à leurs besoins a été soulignée. L'importance du suivi et de l'évaluation de l'efficacité des interventions a également été soulignée. Des membres ont suggéré un certain nombre de changements éditoriaux et plusieurs ont indiqué que leur gouvernement soumettrait des commentaires additionnels par écrit.

103. Le Dr Tambini a indiqué que le Secrétariat incorporerait tous les changements suggérés par le Comité pendant la réunion virtuelle et se réjouissait de recevoir des commentaires additionnels par écrit. Elle a noté qu'une information plus explicite sur les domaines d'action prioritaire et les objectifs et cibles à atteindre serait incorporée dans le plan d'action à soumettre aux Organes directeurs en 2009.

104. Le Dr Cristina Beato (Directeur adjoint, BSP) a indiqué que tous les commentaires reçus par écrit pendant et après la réunion virtuelle seraient affichés sur le site SharePoint de l'Organisation, ainsi qu'une version actualisée du document.

105. Le Comité a adopté la résolution CE142.R16, approuvant la Stratégie régionale pour améliorer la santé des adolescents et des jeunes telle que présentée dans le document CE142/13, Rév. 2.

Santé des personnes âgées, y compris le vieillissement en restant actif et en bonne santé : Stratégie régionale (document CE142/14)

106. Le Dr José Luis Di Fabio (Gérant de Domaine, Technologie, Soins de Santé et Recherche, OPS) a introduit le document CE142/14, qui décrivait la stratégie régionale proposée sur la santé des personnes âgées. Il a commencé par présenter des statistiques montrant la croissance régulière dans les populations de plus de 60 ans et de plus de 80 ans en Amérique latine et dans les Caraïbes, notant que la croissance dans ces population n'avait pas été accompagnée par des améliorations dans leur santé, leur bien-être et leur qualité de vie. Entre-temps, le vieillissement des populations exerçait une pression accrue sur les systèmes de santé et de sécurité sociale de la Région. Si une action immédiate n'était pas prise, ces systèmes pourraient se trouver en situation de crise.

107. Le document arrêta sept lignes d'action stratégiques qui avaient été discutées et développées lors de réunions tenues dans différentes parties de la Région au cours de l'année précédente. Le Comité exécutif était prié d'évaluer la stratégie proposée dans l'optique du développement et de l'adoption en 2009 d'un plan d'action fondé sur la stratégie.

108. Le Comité exécutif a exprimé son ferme appui au travail de l'OPS concernant la santé des personnes âgées et a convenu du besoin d'action immédiate sur ce problème afin d'assurer que les systèmes de santé et de soutien social étaient préparés pour répondre aux besoins des cohortes actuelles et futures de personnes âgées. Les membres ont souligné l'importance de la sensibilisation publique aux défis apparentés au vieillissement de la population, et de la promotion de la recherche scientifique et du dialogue de politique visant à relever ces défis. Le besoin de ressources humaines formées adéquatement pour répondre aux besoins de santé des populations âgées a également été souligné, et l'appui de l'OPS au développement des ressources humaines a été demandé.

109. En ce qui concernait la stratégie proposée, les opinions divergeaient. Certains délégués estimaient qu'elle était une base solide pour le développement de plans d'action, aux niveaux régional et nationaux, alors que d'autres estimaient que la stratégie devait comporter des cibles et des objectifs clairs, ainsi que des indicateurs pour mesurer les progrès. Ils pensaient également que la stratégie devait définir clairement le rôle du Secrétariat dans la mise en œuvre des lignes d'action stratégique et dans la réalisation des objectifs de la stratégie. Ils ont souligné le besoin d'une approche intégrée, basée sur des données probantes.

110. Faisant référence au paragraphe 20 du document, le Délégué des États-Unis d'Amérique a fait objection à l'inclusion des commentaires généraux No. 6 et 14 sur l'application de la Clause internationale sur les droits économiques, sociaux et culturels

(documents du Conseil économique et social des Nations Unies E/C.12/1995/Rév.1 et E/C.12/2000/4, respectivement) sous le titre « Instruments généraux des droits humains applicables à la santé des personnes âgées... » Il a observé que les commentaires généraux étaient les opinions d'experts indépendants, et non le résultat d'une délibération entre les États Membres. Ils n'étaient pas des instruments des droits humains et n'étaient pas juridiquement contraignants. Son Gouvernement ne voyait pas la valeur ajoutée d'une focalisation sur les droits de l'homme dans cette stratégie ou, généralement, dans toute autre des stratégies de l'OPS. La focalisation devait plutôt se porter sur des actions concrètes que le Secrétariat et les États Membres pouvaient entreprendre pour répondre aux besoins des personnes âgées.

111. Le Dr Enrique Vega (Conseiller régional sur le Vieillissement sain, OPS) a expliqué que les lignes d'action stratégique avaient été développées au titre du processus d'évaluation des engagements découlant du Plan d'action international sur le vieillissement de Madrid et de la Stratégie régionale pour la mise en œuvre du Plan de Madrid en Amérique latine et aux Caraïbes adoptée à Santiago en 2003. Le Secrétariat demandait l'approbation de ces lignes d'action par les Organes directeurs comme base pour la formulation d'un plan d'action destiné à les rendre opérationnelles. Le plan d'action comporterait des objectifs, des cibles et des indicateurs spécifiques pour le suivi et l'évaluation. Les lignes d'action stratégique décrivaient en termes généraux les actions envisagées et les rôles que le Secrétariat avait l'intention de jouer. L'un de ces rôles serait certainement d'appuyer la formation des ressources humaines, qui était traitée dans la troisième ligne d'action stratégique. La promotion de la recherche et du développement et la dissémination des approches fondées sur des données probantes étaient couvertes par la quatrième ligne d'action.

112. La Directrice a indiqué qu'alors que le Secrétariat entreprenait de développer le plan d'action, il serait important de continuer à recevoir des apports des pays sur les lignes d'action stratégique. Elle a encouragé tous les États Membres à soumettre leurs opinions et suggestions pour amélioration du plan d'action. Des consultations devant être tenues aux niveaux des pays et sous-régional donneraient des opportunités supplémentaires aux États Membres de fournir des orientations sur l'approche à adopter.

113. Après avoir discuté de l'opportunité d'adopter une résolution proposée sur ce point, le Comité a convenu que la meilleure chose à faire serait d'approuver la stratégie, mais de repousser l'adoption d'une résolution jusqu'à ce que le plan d'action régional ait été formulé. La stratégie et le plan d'action pourraient alors être formellement adoptés par le Conseil directeur en 2009.

114. En conséquence, le Comité a approuvé la stratégie et a demandé au Secrétariat de formuler un plan d'action pour la considération des organes directeurs en 2009.

Plan d'action pour consolider le recueil des données d'état civil et de santé (documents CE142/15)

115. Le Dr Jarbas Barbosa da Silva (Gérant de Domaine, Surveillance sanitaire et Prise en Charge des Maladies, OPS) a présenté le plan d'action proposé, rappelant qu'il avait été formulé conformément à la résolution CSP27.R12. Le plan d'action opérationnaliserait la Stratégie pour consolider les statistiques vitales et sanitaires, adoptée par la Conférence sanitaire panaméricaine en 2007. Le plan avait été développé sur la base d'une évaluation de la situation actuelle des systèmes de recueil des données d'état civil et de santé dans les pays de la Région. Il envisageait des interventions à quatre niveaux : pays, interpays ou groupes de pays, entreprises et multilatéral. La nature des activités à entreprendre à chaque niveau et les objectifs du plan étaient décrits dans le document CE142/15. Le plan lui-même était annexé au document.

116. L'objectif global du plan était d'assurer que tous les pays de la Région disposaient de systèmes de statistiques vitales qui fournissaient une bonne couverture et produisaient des données de bonne qualité. L'accent serait mis en particulier sur les sept pays dont les systèmes étaient les plus faibles, mais le plan ciblerait tous les pays parce que même dans les pays qui disposaient de systèmes ayant une couverture relativement bonne, la qualité des données pouvait être améliorée.

117. Le Comité exécutif a vivement soutenu les efforts concernant le plan d'action proposé et a approuvé ses objectifs. Les membres ont souligné le besoin de données complètes, fiables et ponctuelles pour servir de base à la formulation et au suivi des politiques sanitaires et au fonctionnement des systèmes de santé, ainsi que la réponse aux situations d'urgence. Ils ont également mis en relief certains des problèmes majeurs qui devaient être résolus dans les systèmes de statistiques vitales et sanitaires, notamment la difficulté de recueillir des données des communautés autochtones, en particulier celles vivant dans des zones éloignées, et le manque d'intégration entre les systèmes d'information surveillés par diverses agences gouvernementales. Plusieurs délégués ont décrit les mesures prises pour améliorer la couverture et la qualité des données dans leurs pays respectifs.

118. Un nombre de suggestions ont été faites dans le but d'améliorer le plan d'action. Ils estimaient qu'il fallait inclure une information plus détaillée sur la façon dont le Secrétariat prévoyait de mettre le plan en œuvre, et que le plan devait être plus axé sur les résultats. Il ont également noté que certains des indicateurs compris dans le plan étaient en fait des cibles. Ils ont souligné le besoin d'un système efficace de suivi pour mesurer les progrès au titre du plan et faire des corrections à mi-parcours, ainsi que le besoin de ressources budgétaires adéquates pour atteindre les objectifs de la stratégie et du plan d'action. L'importance d'aligner le plan sur les principes du Health Metrics Network et autres initiatives mondiales visant à renforcer les systèmes d'information en santé a

également été mise en avant. De l'avis d'une déléguée, le plan devait de préférence aider les États Membres à corriger les faiblesses des systèmes d'information en santé à travers la normalisation des méthodologies pour résoudre les problèmes identifiés dans les pays, par exemple, en facilitant la détection précoce de flambées de maladies infectieuses et en permettant la prise en charge et l'observation des maladies chroniques.

119. Le Délégué du Mexique a noté que le Ministère de la Santé de son pays avait été récemment désigné Centre collaborateur de l'OMS pour la Famille des Classifications internationales et il a offert de partager l'expertise et les bonnes pratiques en ce qui concernait la codification des causes de décès et autres aspects du recueil des données d'état civil, avec l'OPS et avec d'autres pays de la Région. D'autres délégués ont également noté le souhait de leurs gouvernements de donner des orientations à l'OPS pour affiner le plan d'action et appuyer les autres pays à renforcer leurs systèmes de statistiques vitales et sanitaires.

120. Le Dr Barbosa da Silva a noté que la Stratégie et le plan d'action pour consolider le recueil des données d'état civil et de santé s'inscrivaient dans un effort plus large pour renforcer les systèmes d'information en santé dans la Région. Toutefois, ils portaient sur l'amélioration des données sur les naissances et les décès, qui étaient considérées fondamentales non seulement pour renforcer d'autres aspects des systèmes d'information en santé, mais aussi pour permettre aux personnes d'exercer leurs droits et privilèges en tant que citoyens. En ce qui concernait le rôle du Secrétariat dans la mise en œuvre du plan, il a attiré l'attention sur les demandes faites à la Directrice au paragraphe 2 de la résolution proposée (adoptée par la suite comme résolution CE142.R4) et a indiqué que le Secrétariat accueillerait toutes autres suggestions relatives aux fonctions que les États Membres souhaitaient qu'il entreprenne.

121. L'OPS coordonnait en fait ses efforts avec ceux d'autres institutions et initiatives, dont la Commission économique des Nations Unies pour l'Amérique latine et les Caraïbes (ECLAC), le Health Metrics Network et le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme. Le Fonds mondial fournissait des fonds pour le renforcement des systèmes d'information en santé dans le cadre de projets spécifiques à des maladies. Il était important de saisir ces opportunités et d'autres qui étaient actuellement disponibles en vue de la collaboration et de la mobilisation des ressources. Il y avait tout lieu de croire qu'il serait alors possible d'apporter une amélioration rapide à la situation des statistiques vitales et sanitaires dans la Région.

122. La Directrice a ajouté que l'Organisation travaillait avec l'Organisation des États américains, la Banque interaméricaine de développement et le Fonds des Nations Unies pour l'enfance pour améliorer les données sur les naissances et les décès, qui constituait un problème plus général de développement concernant les secteurs au-delà du secteur de la santé. Elle a également noté que l'effort pour renforcer les données d'état civil et de

santé était étroitement lié à un des projets que le Comité identifiait comme prioritaire dans l'utilisation de l'excédent du budget 2006-2007 : Renforcement des systèmes d'information en santé publique (voir paragraphes 257 à 268 ci-dessous).

123. Le Comité exécutif a adopté la résolution CE142.R4, recommandant que le 48^e Conseil directeur approuve le Plan d'action pour consolider le recueil des données d'état civil et de santé.

Paludisme : Rapport d'avancement (document CE142/16)

124. Le Dr Jarbas Barbosa da Silva (Gérant de Domaine, Surveillance sanitaire et Prise en Charge des Maladies, OPS) a résumé le rapport d'avancement, qui contenait une information détaillée sur le statut épidémiologique du paludisme et sur les activités de coopération technique entreprises par l'OPS depuis l'adoption de la résolution CD46.R13 par le 46^e Conseil directeur en 2005. Il a présenté des statistiques sur l'évolution de la situation du paludisme dans la Région depuis 2000, notant que même si les cas et les décès du paludisme avaient diminué considérablement dans de nombreux pays de la Région, six pays avaient vu le total des cas augmenter, variant de 0,4% à plus de 100% entre 2000 et 2007. Néanmoins, l'élimination du paludisme était maintenant un but réalisable pour quelques pays. Il a ensuite passé en revue les cinq composantes du Plan stratégique régional sur le paludisme dans les Amériques 2006-2010, soulignant l'importance de la deuxième composante, Gestion intégrée des vecteurs, thème également discuté par le Comité lors de la 142^e session (voir paragraphes 200 à 209 ci-dessous).

125. Il a mentionné les trois principaux partenaires internationaux externes travaillant sur le paludisme dans la Région : le Réseau amazonien pour la surveillance de la résistance au médicament anti-paludisme/Initiative paludisme amazonienne (RAVREDA/AM), le Programme régional d'action et de démonstration sur les alternatives durables de lutte contre le vecteur du paludisme sans utiliser le DDT au Mexique et en Amérique centrale (DDT-FEM), et le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, qui avaient tous contribué très utilement à la réduction de la morbidité et de la mortalité par le paludisme dans les Amériques. Il a terminé en décrivant les enjeux dans la bataille en cours contre le paludisme (voir document CE142/16, paragraphe 13). Le Comité exécutif était prié de prendre note du rapport et de fournir des orientations et des suggestions destinées à renforcer le travail du Secrétariat.

126. Le Comité exécutif a accueilli avec satisfaction les progrès accomplis dans la réduction des taux de paludisme dans la Région, mais a fait part de sa préoccupation sur l'augmentation des cas dans six pays. Des membres ont demandé quelle pouvait être la raison de ces augmentations et quels ajustements la coopération technique de l'OPS

pourrait apporter afin d'inverser cette tendance. Des membres ont également demandé des informations sur la façon dont l'OPS se proposait de relever les défis cités au paragraphe 13 du document. Le Délégué du Suriname a informé que l'incidence du paludisme dans son pays avait chuté de 85% depuis 2000, ce qui avait eu un effet positif sur la croissance économique, l'écotourisme et l'état de santé de la population. Il a souligné le besoin de concentrer les efforts de prévention et de lutte contre le paludisme sur les populations mobiles, qui étaient à plus grand risque de contracter et de propager la maladie. Le Suriname portait ses efforts en particulier sur les mineurs qui migraient à la Guyane française et de la Guyane française.

127. Un délégué a voulu savoir si l'objectif de réduire le fardeau du paludisme de 75% d'ici 2015 pouvait être réalisé dans un environnement de financement mondial à la baisse pour la lutte contre le paludisme. Il a également demandé s'il était possible de cibler l'île d'Hispaniola en vue de l'élimination du paludisme, étant donné qu'Haïti et la République dominicaine se trouvaient parmi les pays qui avaient une augmentation de leurs cas de paludisme depuis 2000.

128. Le Dr Barbosa a indiqué que les augmentations de cas de paludisme dans six pays avaient été le résultat de divers facteurs, mais qu'elles étaient principalement imputables à des problèmes pour assurer une application durable d'une combinaison d'interventions, y compris la gestion intégrée des vecteurs. Ces six pays seraient une priorité pour l'OPS dans les années à venir. Il serait possible de réduire le fardeau du paludisme, mais au prix d'un travail plus intense et d'un appui financier plus conséquent.

129. L'élimination du paludisme à Hispaniola était considérée réalisable parce que la vaste majorité des cas de la maladie sur l'île était causée par le *Plasmodium falciparum*. Avec une détection précoce des flambées et un accès universel au traitement pour les personnes infectées, les taux de paludisme falciparum pouvaient être réduits relativement rapidement et l'élimination de la maladie pouvait être envisagée dans les quatre à cinq prochaines années. L'OPS travaillait avec Haïti et la République dominicaine à cette fin, et les deux pays s'étaient lancés dans un plan conjoint pour lutter contre le paludisme.

130. Concernant les stratégies pour répondre aux défis cités dans le document, l'Organisation prévoyait de continuer à appliquer les stratégies et les interventions contenues dans le Plan stratégique régional sur le paludisme dans les Amériques 2006-2010.

131. Le Dr Keith Carter (Conseiller régional sur le Paludisme, OPS) a observé que, même si des interventions efficaces étaient disponibles, sans une bonne couverture du système de santé, les gens ne pouvaient pas accéder à ces interventions. Il était d'accord sur le besoin de cibler les populations mobiles, qui avaient contribué à l'augmentation des cas dans presque tous les six pays qui avaient connu des augmentations depuis 2000.

En Guyane française, qui était l'un des six pays, la situation était compliquée par deux facteurs supplémentaires. Tout d'abord, du fait qu'il s'agissait d'un territoire de la France, les fonds de l'Agence des États-Unis pour le développement international qui assurait le financement pour le projet RAVREDA/AM, ne pouvaient pas y être utilisés. Ensuite, contrairement aux autres pays amazoniens qui avaient adopté une thérapie de combinaison à base d'artémisinine, la Guyane française continuait à utiliser l'halofantrine. Toutefois, du fait qu'il y avait beaucoup de mouvements de population entre les pays amazoniens, certains Guyanais bénéficiaient du traitement dans le Suriname voisin.

132. La Directrice a indiqué qu'il y avait une bonne probabilité que les Amériques pouvaient atteindre les objectifs de développement pour le millénaire des Nations Unies liés au paludisme, à condition que les pays aient la volonté politique de travailler ensemble. Il fallait une action conjointe parce que la plupart des cas de paludisme étaient à présent concentrés dans des régions frontalières. De plus, la maladie se propageait à des zones non endémiques dans les Caraïbes en conséquence des voyages et de la migration, menaçant non seulement les populations locales mais aussi les touristes et l'ensemble de l'industrie touristique. Par conséquent, il fallait une action concertée entre les pays, en combinaison avec l'application de stratégies et d'interventions éprouvées, afin de réaliser les objectifs internationaux de réduction du paludisme. Pour cette raison, l'OPS promouvait des projets sur le paludisme multipays, et aidait les pays à préparer des propositions pour ces projets, à soumettre au Fonds mondial. L'approbation de ces projets augmenterait considérablement le financement pour les efforts de lutte contre le paludisme dans la Région.

133. Le Comité a pris note du rapport.

Dengue: Rapport d'avancement (document CE142/17)

134. En introduisant le rapport d'avancement, le Dr Jarbas Barbosa da Silva (Gérant de Domaine, Surveillance sanitaire et Prise en Charge des Maladies, OPS), a rappelé que la Stratégie de prise en charge intégrée pour la prévention et le contrôle de la dengue (IMS-dengue) avait été approuvée en 2003 (résolution CD44.R9). En 2007, la 27^e Conférence sanitaire panaméricaine avait adopté la résolution CSP.R15 dans le but d'intensifier l'application de la stratégie. Le document CE142/17 informait sur les progrès dans l'exécution de ces deux résolutions, décrivait les réussites et les échecs dans la prévention et le contrôle de la dengue dans la Région et mettait en relief les défis pour l'avenir.

135. La dengue demeurerait un problème considérable de santé publique dans la Région. Le moustique *Aedes aegypti* était présent partout dans les Amériques, du Sud des États-Unis jusqu'au Cône austral de l'Amérique latine, et les quatre sérotypes du virus de la dengue circulaient dans la plupart des pays affectés. La maladie avait montré une tendance à la hausse depuis les années 1980, y compris une augmentation brutale au cours des dernières années de la dengue hémorragique et de la dengue avec syndrome de choc. Néanmoins, en dépit de plusieurs flambées majeures et de l'augmentation des cas de la forme la plus grave de la maladie, les taux de létalité par la dengue avaient diminué.

136. Depuis 2004, 14 pays avaient développé et mis en œuvre des plans nationaux IMS-dengue. En outre, l'OPS avait appliqué des plans IMS-dengue dans les sous-régions d'Amérique centrale et du Cône Sud. En 2008 et 2009, six pays supplémentaires soit exécuteraient des plans nationaux, soit incorporeraient l'IMS-dengue dans leurs plans existants, et des plans sous-régionaux seraient préparés pour les sous-régions des Andes et des Caraïbes. Conformément à la résolution CSP27.R15, le Secrétariat avait mobilisé un groupe de travail multidisciplinaire international pour mener à bien des évaluations des programmes nationaux de dengue. Deux de ces évaluations avaient été effectuées jusqu'à présent en 2008 et 11 de plus étaient prévues pour le reste de 2008 et pour 2009. La résolution CSP.R15 avait également préconisé le développement de dispositifs d'intervention dans le cadre de la stratégie de prise en charge intégrée afin d'assurer une réponse intersectorielle rapide et coordonnée aux flambées et aux épidémies de dengue. Cinq pays avaient déjà établi des dispositifs d'intervention et le reste en ferait de même en 2008-2009. Ces lignes d'action seraient complétées et renforcées par la gestion intégrée des vecteurs (également discutée par le Comité lors de la 142^e session, voir paragraphes 200 à 209 ci-dessous).

137. Les actions futures comprendraient le renforcement de l'application et de l'évaluation des plans nationaux d'IMS-dengue; la promotion de l'adoption de lois et l'introduction de technologies pour résoudre les problèmes sévères d'hygiène environnementale qui contribuaient à la prolifération du moustique *Aedes aegypti*; le renforcement du système des soins de santé primaires afin de prodiguer des soins ponctuels et de prévenir les décès, l'emphase étant mise sur la population pédiatrique; et l'application du Règlement international de la Santé (2005) pour la détection précoce et une réponse intégrée aux flambées de dengue.

138. Dans la discussion qui a suivi, les délégués ont félicité l'OPS pour ses efforts de contrôle de la dengue et les expériences apparentées de leurs pays respectifs. Le Délégué du Mexique a noté que le programme national de dengue de son pays, qui incorporait toutes les composantes de la stratégie de prise en charge intégrée, avait récemment été évalué par le groupe de travail international, et que le Mexique s'occupait maintenant à appliquer les recommandations du groupe. Les délégués ont exprimé leur soutien au développement d'un dispositif d'intervention régional qui serait aligné sur les directives

stipulées dans le Règlement international de la Santé (2005), comme proposé dans le paragraphe 17 du document CE142/17.

139. Le Comité a remercié le Dr Barbosa da Silva et a pris note du rapport d'avancement.

Onchocercose : Rapport d'avancement (document CE142/18)

140. Dr. Jarbas Barbosa da Silva (Gérant de Domaine, Surveillance sanitaire et Prise en Charge des Maladies, OPS) a fait état des progrès sur la voie de l'élimination de l'onchocercose depuis l'adoption en 1991 de la résolution CD35.14, qui préconisait l'élimination de plusieurs maladies dans la Région pour 2007, y compris la maladie oculaire liée à l'onchocercose. Il a noté que l'onchocercose se trouvait dans 13 foyers dans six pays dans les Amériques; toutefois, aucun cas nouveau de cécité attribuable à l'onchocercose n'avait été notifié depuis 1995, et en 2007, la transmission de l'*Onchocerca volvulus* avait été interrompue et la maladie oculaire liée à l'onchocercose avait été éliminée dans neuf des 13 foyers. Donc, si la Région n'avait pas atteint l'objectif établi pour 2007, elle était très proche de le faire.

141. La 17^e Conférence interaméricaine sur l'Onchocercose, tenue en novembre 2007, avait recommandé qu'une nouvelle date cible de 2012 soit établie afin de terminer l'élimination de la maladie oculaire liée à l'onchocercose et d'interrompre de façon permanente la transmission de l'*Onchocerca volvulus* dans les quatre foyers restants. Le Comité exécutif était prié de considérer l'adoption d'une résolution proposée avalisant cette recommandation.

142. Le Dr Barbosa da Silva a souligné que le but de l'élimination était à portée de main et a noté que l'opportunité d'éliminer complètement une maladie de la Région ne se présentait pas très souvent. Il a par conséquent encouragé le Comité à adopter la résolution proposée.

143. Dans la discussion qui a suivi, les délégués ont exprimé leur soutien au travail en cours du Programme d'élimination de l'onchocercose pour les Amériques et à l'objectif d'éliminer la maladie oculaire liée à l'onchocercose et d'interrompre la transmission pour 2012. Ils ont suggéré que le système de référence géographique pourrait être utilisé pour localiser avec précision les foyers restants d'onchocercose. Un délégué toutefois, a demandé s'il était approprié d'adopter une résolution sur un rapport d'avancement. Il a également demandé des clarifications sur le paragraphe 1(b) de la résolution proposée, qui exhortait les États Membres à adapter les directives de certification de l'OMS pour la suspension du traitement de masse.

144. Le Dr Barbosa da Silva a indiqué que le Secrétariat estimait qu'une résolution sur ce point était justifiée parce que l'initiative d'élimination de l'onchocercose lancée conformément à la résolution CD35.R14 s'était achevée en 2007, et qu'il était préoccupé que l'élan vers le but de l'élimination serait perdu sans un nouveau mandat. En ce qui concernait la référence dans la résolution proposée à l'adaptation des directives de certification de l'OMS, il a expliqué que les directives mondiales développées par l'OMS devaient être adaptées à la situation dans la Région, ce qui était différent de la situation en Afrique, où la plupart des cas d'onchocercose se produisaient.

145. Le Dr Mauricio Sauerbrey (Directeur, Programme d'Élimination de l'Onchocercose pour les Amériques) a fait remarquer que les directives de certification de l'OMS n'avaient jamais actuellement été mises en pratique, les Amériques étant la première région à se rapprocher de l'élimination de l'onchocercose. L'expérience jusqu'à présent dans la Région avait montré que certains des indicateurs compris dans les directives auraient à être légèrement modifiés. C'était cela que voulait dire « adaptation » des directives. Renforçant les commentaires du Dr Barbosa da Silva concernant le besoin de la résolution proposée, il a noté qu'il était impossible de prédire pendant combien de temps le médicament ivermectine resterait efficace contre l'onchocercose. Par conséquent il était vital d'agir avec promptitude.

146. La Directrice a dit qu'en effet, il relevait de la responsabilité du Secrétariat d'adapter les directives, en fonction de la situation épidémiologique spécifique de la Région et de l'expérience acquise sur le terrain. Par conséquent, la résolution ne devrait pas exhorter les pays à adapter les directives, mais plutôt à appliquer les directives adaptées. Elle convenait que des résolutions ne devraient normalement pas être adoptées sur des rapports d'avancement, mais qu'il y avait de situations dans lesquelles une nouvelle résolution était justifiée, notamment lorsqu'une décision antérieure prise par le Conseil directeur devait en quelque sorte être modifiée—par exemple en changeant la date cible pour une initiative, comme dans le cas présent.

147. Le Comité exécutif a convenu que le mot « adaptation » serait remplacé par le mot « application » dans le paragraphe 1(b) de la résolution proposée, qu'il a adoptée (résolution CE142.R3).

Grippe aviaire et état de la préparation en cas de pandémie de grippe : Rapport de situation (document CE142/19)

148. Le Dr Jarbas Barbosa da Silva (Gérant de Domaine, Surveillance sanitaire et Prise en Charge des Maladies, OPS) a présenté le document CE142/19. Il a noté que le niveau actuel d'alerte de pandémie de grippe de l'OMS demeurait à la phase 3, signifiant qu'un nouveau virus de la grippe causait des cas humains sporadiques mais qu'il était encore

mal adapté aux humains. Néanmoins le risque d'une pandémie demeurerait élevé en raison des changements fréquents et imprévisibles dans le virus H5N1.

149. La coopération technique en matière de préparation en cas de pandémie avait été un moteur clé de l'exécution du Règlement sanitaire international (2005). Cette coopération avait été guidée par les Plans stratégiques et opérationnels pour 2005-2007 et 2008-2009. Les principaux objectifs de la coopération étaient que chaque État Membre devait avoir un Plan national de préparation en cas de pandémie de grippe (PNPPG) qui satisfaisait les conditions de la liste de vérification de l'OMS adaptée à l'OPS; que tous les PNPPG soient exécutés aux niveaux national, sous-national et local; et que les PNPPG soient validés par des simulation et des exercices.

150. La stratégie de coopération technique sur la grippe aviaire et l'état de préparation en cas de pandémie de grippe couvrait trois domaines principaux : préparation et communication; surveillance et détection; et réponse et endiguement. En ce qui concernait le premier domaine, il a indiqué que tous les pays étaient maintenant engagés dans des activités de préparatifs; des ateliers sous-régionaux avaient été organisés tant pour appuyer le développement des PNPPG que pour promouvoir des stratégies globales de communication; et une formation à la communication du risque avait été donnée aux autorités. Deux évaluations majeures fondées sur la liste de vérification avaient montré que le niveau moyen de préparation en Amérique latine et aux Caraïbes était passé de 43% en 2006 à 50% en 2007.

151. Dans le domaine de la surveillance et de la détection, un protocole générique pour la surveillance de la grippe avait été développé par l'OPS et les United States Centers for Disease Control and Prevention, et chaque pays d'Amérique latine et des Caraïbes avait reçu une formation sur le protocole et procédait à une phase d'exécution; 17 pays avaient reçu une formation sur site aux méthodes de diagnostic de laboratoire; et de l'équipement de laboratoire et des fournitures avaient été achetés pour 22 pays. Dans le domaine de la réponse et de l'endiguement, des équipes régionales et nationales de réponse rapide avaient été formées et les médicaments essentiels et l'équipement avaient été achetés à leur intention; un stock de Tamiflu avait été acheté pour distribution selon les besoins au personnel du Siège de l'OPS et aux bureaux de pays, et un Centre d'opérations d'urgence avait été établi au Siège.

152. L'approche de l'OPS avait été testée récemment par des flambées de grippe aviaire H5N2 de faible pathogénicité en République dominicaine et en Haïti. Ces incidents avaient démontré que l'intégration et la coordination nécessaires entre autorités de la santé et de l'agriculture existaient. Toutefois, elles avaient également souligné le besoin de systèmes de surveillance plus sensibles, du fait qu'on ne savait pas encore si la souche H5N2 pouvait être transmise aux humains.

153. Le Comité a accueilli favorablement le rapport de situation. Les délégués ont souligné que du fait qu'une pandémie de grippe représentait une menace grave pour la sécurité sanitaire mondiale, il fallait exhorter tous les États Membres à accroître leurs préparatifs en évaluant leurs PNPPG, avec l'assistance, le cas échéant, du Secrétariat de l'OPS. Le Comité a fermement encouragé l'OPS à appuyer une coordination renforcée entre ministères de la santé et de l'agriculture pour améliorer l'intégration de la surveillance et de la détection de la maladie animale et humaine et de la réponse à la maladie. Les délégués ont applaudi les efforts constants de l'OPS pour améliorer la capacité de surveillance et pour accroître le nombre de centres nationaux désignés de la grippe, soulignant que le but serait de disposer d'un centre dans chaque État Membre.

154. La Déléguée du Canada a attiré l'attention sur les disparités dans le niveau de préparation entre les sous-régions, notant que des progrès modérés seulement avaient été observés dans les sous-régions des Caraïbes et des Andes. Le Canada avait récemment co-organisé un atelier sous-régional pour les Caraïbes sur le Règlement sanitaire international (2005) et il serait heureux d'apporter un appui technique supplémentaire à cette sous-région si elle le souhaitait. Notant également le besoin d'un plus grand nombre d'activités de recherche et d'évaluation, elle a informé que le Canada avait développé une initiative de recherche sur la grippe sur de multiples années, et qu'elle serait heureuse de partager ses résultats avec les États Membres quand la recherche serait terminée.

155. Plusieurs délégués voulaient être informés sur la disponibilité de vaccin contre la grippe saisonnière et de médicaments antiviraux dans la Région. En particulier, ils souhaitaient savoir si les 29 pays mentionnés au paragraphe 10 du rapport disposaient de quantités suffisantes de vaccin et si des dispositions avaient été prises pour aider les pays à acquérir des antiviraux, du fait que le document semblait faire référence seulement à l'acquisition de Tamiflu pour le personnel des bureaux de l'OPS.

156. Certains délégués ont remis en question l'usage dans le document de la phrase « menaces pour la santé publique, » suggérant qu'un terme plus standard serait « risques en santé publique, » qui n'impliquait pas d'intention délibérée. Également, ils ont suggéré que le document devrait faire référence à la question du partage juste et équitable des bénéfices découlant du partage des virus de la grippe, qui avait été le sujet de la résolution WHA60.28 de l'Assemblée mondiale de la Santé.

157. Plusieurs délégués ont décrit les efforts de leur pays dans le domaine de la préparation à la grippe et ont encouragé d'autres États membres à partager l'information sur des expériences réussies et les bonnes pratiques. Ils ont suggéré que l'OPS facilite ces échanges.

158. Le Dr Barbosa da Silva a indiqué que le mot « menace » serait remplacé par le mot « risque » et que la prochaine version du document comporterait une référence à la question du partage des virus de la grippe entre pays, et spécifiquement au travail du Groupe de travail interdisciplinaire sur la préparation à la pandémie de grippe établi conformément à la résolution WHA60.28. Il était d'accord que le but devrait être d'avoir un centre national de la grippe dans chaque pays, rappelant qu'au cours de la flambée récente en République dominicaine, l'absence de ce type de centre avait rendu nécessaire d'envoyer les spécimens à un laboratoire dans un autre pays. Il a dit qu'il accueillerait avec plaisir les résultats de la recherche du Canada et qu'il était reconnaissant de l'offre canadienne d'appui ultérieur à la sous-région des Caraïbes.

159. En ce qui concernait la disponibilité de vaccins contre la grippe et d'antiviraux dans la Région, il a indiqué que l'OPS avait stocké des doses suffisantes de Tamiflu pour le personnel du Siège et des bureaux de pays, au titre de son plan de continuer à fonctionner dans le cas d'une pandémie. De plus, il existait un stock stratégique de 200.000 doses de Tamiflu, conservé actuellement au Bureau sous-régional des catastrophes de l'OPS au Panama, qui pouvait être utilisé dans tout pays dans lequel se produisait une flambée. Les États Membres avaient également l'option d'acheter des vaccins ou d'autres fournitures à travers le Fonds renouvelable régional des fournitures stratégiques en santé publique, connu généralement sous le nom de Fonds stratégique.

160. Mme Alba María Roperó (Épidémiologiste, Santé familiale et communautaire, OPS) a ajouté qu'il y avait eu une grande augmentation depuis 2004 de la vaccination saisonnière dans la Région, ce qui avait mené à une baisse visible du fardeau de la maladie imputable à la grippe. À présent, 32 pays de la Région utilisaient la vaccination saisonnière dans leurs programmes de préparation à une pandémie de grippe. L'OPS travaillait avec les États Membres pour établir une prévision fiable des futurs besoins en vaccins, et des prêts avaient été accordés aux pays du Fonds renouvelable pour l'acquisition de vaccins pour leur permettre de satisfaire leurs besoins conformément à cette prévision. Elle a noté avec plaisir que le United States Centers for Disease Control and Prevention avait également fait don de vaccins.

161. Le Comité a pris note du rapport de situation.

Sécurité transfusionnelle : Rapport de situation (document CE142/20)

162. Le Dr José Luis Di Fabio (Gérant de Domaine, Technologie, Soins de Santé et Recherche, OPS) a passé en revue les progrès accomplis au titre du Plan d'action régional pour la sécurité transfusionnelle 2006-2010 depuis son adoption par le 46^e Conseil directeur en 2005, notant que le Secrétariat avait rencontré de nombreuses difficultés dans la mesure des progrès parce que tous les pays n'avaient pas soumis de rapports. Il a rappelé que le plan comprenait quatre lignes d'action stratégique et neuf

indicateurs de progrès, qui étaient mentionnés dans le document CE142/20, ainsi que l'information concernant les progrès accomplis dans chaque domaine.

163. Les données disponibles indiquaient que les taux de contrôle des donneurs de sang non seulement n'avaient pas augmenté depuis 2005, mais ils avaient montré une tendance à la baisse, augmentant ainsi le risque d'infections transmises par les transfusions. En particulier, le risque de transmission de la maladie de Chagas était extrêmement élevé. Bien que la participation par les systèmes de sang nationaux à des programmes externes d'évaluation de la performance et les taux de dons volontaires de sang avaient tous deux augmenté, ces augmentations étaient des moyennes à travers la Région; au niveau des pays, il y avait d'énormes disparités. En ce qui concernait l'efficacité de la collecte du sang dans les pays d'Amérique latine et des Caraïbes, les données indiquaient que les petits centres de traitement du sang étaient moins efficaces que les centres qui manipulaient un plus grand volume de sang, comme en témoignaient les taux plus élevés de dons volontaires et les taux plus faibles de renvoi des donneurs des centres plus grands. Les centres plus grands tendaient également à avoir un meilleur contrôle des donneurs de sang et un meilleur contrôle de qualité, et étaient plus efficaces d'un point de vue financier, comme le mesurait le nombre d'unités de sang rejetées chaque année parce qu'il s'avérait que le sang était infectieux ou avait dépassé sa date d'expiration. Il y avait donc besoin de consolider le traitement du sang dans un plus petit nombre de centres afin d'améliorer l'efficacité, de réduire la prévalence des infections transmises par transfusion et d'obtenir des coûts plus faibles.

164. Dans les deux dernières années du plan d'action, l'OPS porterait ses efforts sur le travail avec les autorités de la santé dans les États Membres destiné à améliorer la planification et la gestion des systèmes de sang nationaux, à produire des estimations précises des besoins en sang et en composantes sanguines, à établir un réseau social de volontaires pour aider à éduquer les donneurs de sang et à encourager le don volontaire, et à éliminer le don rémunéré et le don de remplacement. Le Secrétariat considérait que les stratégies et les indicateurs de progrès établis au titre du plan d'action demeuraient valables, mais qu'il faudrait accomplir beaucoup de travail afin d'atteindre les objectifs du plan pour 2010. Il y avait également un besoin urgent d'améliorer les systèmes d'information et le recueil des données afin d'être en mesure d'évaluer les progrès.

165. Le Comité exécutif était prié d'examiner le rapport et d'adopter une résolution, communiquant au Conseil directeur le besoin d'appuyer la sécurité transfusionnelle comme moyen d'améliorer les soins aux patients et de réduire le fardeau du VIH et d'autres infections dans la population générale.

166. Le Comité a fait part de ses préoccupations concernant le manque de progrès pour assurer un approvisionnement en sang sûr dans les pays de la Région, mais plusieurs membres ont demandé si l'adoption d'une nouvelle résolution servirait à quelque chose, à partir du moment où aucun nouveau programme ou aucun nouveau plan n'était proposé pour améliorer la situation. Ils ont suggéré que le Secrétariat devait simplement redoubler ses efforts pour aider les pays à atteindre les objectifs établis en 2005. À cette fin, le Secrétariat devrait développer des directives techniques pour estimer les besoins annuels de sang dans une population donnée et formuler des stratégies et des recommandations pour organiser les systèmes de sang et pour attirer les donateurs volontaires. À cet égard, un délégué a dit que la formation de réseaux, comme le proposait le rapport, ne serait probablement pas le moyen le plus efficace de promouvoir le don volontaire. L'Organisation devrait plutôt entreprendre de créer un mouvement au niveau local, comme cela avait été fait, par exemple, pour changer les attitudes publiques sur le tabagisme. Les délégués ont également noté qu'il était essentiel de cerner et de traiter les causes profondes expliquant le manque de progrès. Autrement, il serait très difficile de changer à jamais la situation.

167. Le Délégué du Canada a noté que le rapport ne contenait pas de données du Canada et a demandé que ces données soient incorporées dans le document à présenter au 48^e Conseil directeur. Avec plusieurs autres délégués, il a également remis en question la faisabilité d'établir un objectif de 100% de don de sang volontaire pour 2010, notant que 100% devait être l'objectif à long terme, mais que la résolution—s'il devait y en avoir une—ne devait pas établir un objectif irréalisable pour le court terme.

168. Le Dr José Ramiro Cruz (Conseiller régional en Services de Sang et de Laboratoires, OPS) a indiqué que le but du rapport et de la résolution proposée était d'alerter les ministres de la santé de la Région sur le fait que les objectifs que les États Membres avaient établis en 2005 ne seraient pas atteints en 2010 à moins qu'une action vigoureuse ne soit entreprise immédiatement. En analysant les raisons du manque de progrès, le Secrétariat avait déterminé qu'un solide leadership de la part des ministères de la santé était un facteur crucial pour améliorer l'organisation des systèmes sanguins et renforcer ainsi le contrôle des donateurs de sang et réduire le gâchis coûteux du sang qui se produisait actuellement. Une meilleure organisation des systèmes de sang augmenterait également les taux des dons volontaires de sang.

169. En ce qui concernait l'objectif de 100% de dons volontaires, il a indiqué que le Secrétariat estimait qu'établir l'objectif original du plan d'action à 50% avait été une erreur parce qu'il créait une situation dans laquelle la moitié des patients seulement pouvait recevoir du sang de donateurs volontaires; l'autre moitié devrait se procurer des dons de remplacement. C'était un mythe, a-t-il ajouté, qu'il y avait une carence de donateurs de sang volontaires dans la Région. Les études dans de nombreux pays avaient démontré que les gens étaient disposés à donner leur sang s'ils avaient confiance dans le

système de collecte du sang, si le système était organisé efficacement, et s'ils étaient mis au courant des besoins en sang et des bénéficiaires d'un approvisionnement en sang entièrement volontaire. En Colombie, par exemple, la Croix-Rouge avait organisé une collecte de sang en connexion avec la Journée mondiale des donneurs de sang (14 juin 2008) et avait collecté 340.000 unités en une seule journée. À la lumière de ces réussites, le Secrétariat estimait que le but de 100% de dons volontaires était réalisable.

170. La Directrice a affirmé que le but de la résolution proposée était de rendre les États Membres conscients du manque de progrès et de proposer une action corrective. À son opinion, le manque de progrès était en grande partie imputable à un manque de volonté politique qui, à son tour, se devait en grande partie à la rotation fréquente des ministres et autres autorités de la santé. En conséquence, les ministres de la santé en fonction actuellement pouvaient ne pas être au courant du plan d'action ou du fait qu'à mi-chemin de la période couverte par le plan, non seulement des progrès n'avaient pas été accomplis sur la voie de ses objectifs, mais qu'au contraire la situation s'était détériorée.

171. Une résolution était le seul moyen disponible pour l'Organisation de demander aux autorités sanitaires en place de réaffirmer formellement l'engagement de leur pays aux objectifs du plan et de les exhorter à établir une entité réglementaire spécifique au sein de leur ministère de la santé pour prendre la responsabilité et le contrôle du système national du sang. Cette dernière était considérée critique parce que les preuves disponibles montraient que les pays qui avaient les systèmes les plus fragmentés avaient également les systèmes les plus inefficaces et les problèmes les plus sérieux de qualité du sang. Ils attiraient également moins de donateurs volontaires parce que la population ne croyait pas que le système faisait bon usage de leur sang. Il fallait également une résolution afin de corriger les défauts du plan d'action existant et de le modifier en conséquence, ainsi qu'incorporer de nouveaux objectifs et de nouvelles lignes d'action, tels que la réduction du nombre de petits centres de collecte de sang et l'objectif de 100% de dons volontaires de sang pour 2010.

172. Après d'autres discussions, il a été convenu que le Secrétariat réviserait la résolution proposée, incorporant les commentaires et suggestions du Comité. La résolution révisée était ensuite adoptée en tant que résolution CE142.R5.

Règlement sanitaire international : Rapport d'avancement (document CE142/21)

173. Le Dr Jarbas Barbosa da Silva (Gérant de Domaine, Surveillance sanitaire et Prise en Charge des Maladies, OPS) a présenté le rapport d'avancement sur l'exécution du Règlement sanitaire international (RSI) (2005) dans la Région, rappelant que les États Membres avaient jusqu'à juin 2009 pour achever la première phase d'exécution, qui impliquait l'évaluation de leurs capacités essentielles nationales pour s'acquitter de leurs

diverses responsabilités au titre du Règlement. Il a fourni des données actualisées des réponses des pays à un questionnaire envoyé par l'OMS aux États Parties au Règlement demandant un récapitulatif de leurs progrès au niveau de son exécution.

174. Sur les 35 pays de la Région, 33 ont répondu au questionnaire. Depuis janvier 2007, les pays des Amériques avaient notifié 111 événements qui pourraient constituer des urgences potentielles en santé publique internationale. La plupart d'entre eux avait concerné des maladies transmissibles, bien que certains avaient concerné des zoonoses, des maladies d'origine alimentaire, et la contamination de produits de consommation. Tous les pays de la Région avaient établi des points focaux nationaux du RSI, mais dans sept pays, le point focal n'était pas disponible pour communications 24 heures sur 24, sept jours sur sept. Dix-huit pays avaient effectué des évaluations de leur capacité nationale en matière de surveillance et de réponse, et 15 avaient évalué leurs capacités nationales concernant les aéroports, les ports et les carrefours, bien que 12 pays seulement disposaient de documentation sur leurs évaluations. Il a noté qu'il y avait des donateurs intéressés à fournir du financement pour permettre aux pays de renforcer leurs capacités essentielles, mais la fourniture de ce financement était subordonnée à l'achèvement des auto-évaluations des pays. Il a par conséquent encouragé tous les pays à terminer leurs évaluations avant la fin de 2008.

175. L'OPS avait déjà mené une formation à la réponse rapide et à d'autres aspects de l'exécution du Règlement. Les prochaines étapes seraient d'assurer que les points focaux du RSI seraient disponibles en tous temps, que toutes les évaluations des capacités en matière de surveillance et de réponse et les points d'entrées seraient achevées pour juin 2009, que les équipes nationales et sous-nationales de réponse rapide étaient établies et que les circuits de communications étaient établis, non seulement avec l'autorité sanitaire au niveau national mais aussi avec les autres secteurs concernés.

176. Le Comité exécutif était heureux de noter les progrès faits par les États Membres de l'OPS dans l'exécution du Règlement et a félicité l'assistance de l'OPS dans ce processus. Les délégués ont réaffirmé l'engagement de leurs gouvernements à respecter les dates limites pour l'exécution et ont décrit les démarches entreprises à cette fin dans leurs pays. Plusieurs ont également offert un appui technique à l'OPS et à d'autres pays de la Région.

177. Ils ont noté que le processus d'exécution du RSI donnait l'opportunité de renforcer les systèmes de santé et la capacité de travail intersectoriel, ainsi que de collaboration entre pays, en particulier dans les zones frontalières. Ils ont demandé un supplément d'information sur les défis auxquels se heurtaient les pays qui pouvaient empêcher l'exécution intégrale du Règlement, voulaient savoir si l'OPS travaillait ou non avec les pays pour valider leurs auto-évaluations des capacités essentielles, et des

informations sur la formation et les activités de développement du personnel que l'Organisation avaient entreprises afin d'appuyer l'exécution du Règlement.

178. Le Dr Barbosa da Silva a indiqué que l'information actualisée des réponses des pays au questionnaire de l'OMS, qui n'avait pas été disponible lorsque le document CE142/21 était en cours de préparation, serait incorporée dans le rapport révisé à préparer pour le 48^e Conseil directeur. En ce qui regardait les auto-évaluations des pays, l'OPS appuyait les États Membres, non seulement au moyen de la distribution d'outils techniques, mais aussi au moyen de services de consultants et de conseillers. De plus, l'Organisation fournissait de l'équipement et des logiciels aux points focaux nationaux ainsi que la formation à leur usage. Des informations supplémentaires sur ces activités seraient également incorporées dans le document révisé.

179. Il a accueilli avec plaisir les offres d'appui et de collaboration de divers pays et a noté que certains pays et zones étaient à plus haut risque pour les urgences en santé publique internationale parce qu'ils étaient des croisements internationaux. Le Panama, en particulier la Zone du Canal, et les régions frontalières Mexique-États-Unis et Argentine-Brésil-Paraguay-Uruguay en étaient des exemples. Dans ces cas, la collaboration multinationale ou sous-régionale dans l'exécution et l'application du Règlement serait cruciale.

180. Le Comité a remercié le Dr Barbosa da Silva et a pris note du rapport.

Renforcement des fonctions essentielles de santé publique : Rapport d'avancement (document CE142/22)

181. En présentant le document CE142/22, le Dr Eduardo Levkovitz (Chef, Politiques sanitaires et Développement des Systèmes, OPS), a noté que le renforcement des fonctions essentielles de santé publique (FESP) était étroitement lié à l'exécution du Règlement sanitaire international (2005). Il a passé en revue l'histoire de l'Initiative de santé publique dans les Amériques, qui avait été lancée en 1999. Dans la première phase de l'initiative (2000-2001), les pays avaient effectué des évaluations de leur performance des fonctions essentielles de santé publique afin d'établir une référence pour mesurer les progrès. Depuis lors, ils avaient développé des plans et des stratégies pour le renforcement de leurs systèmes de santé publique, axés sur trois principaux domaines d'action : renforcer la pratique de la santé publique, développer une infrastructure de santé publique et améliorer la capacité de direction de l'autorité sanitaire nationale. De nombreux pays avaient également entrepris des évaluations FESP et mis en œuvre des activités de renforcement aux niveaux sous-nationaux. Le rapport d'avancement décrivait certaines de ces activités et donnait des informations sur la coopération technique que l'OPS fournissait pour appuyer les efforts des pays.

182. Il a invité les États Membres à consulter le document mentionné dans la note de bas de page 1 du rapport (“The Essential Public Health Functions as a Strategy for Improving Overall Health Systems Performance: Trends and Challenges since the Public Health in the Americas Initiative, 2000-2007,” available at www.lachealthsys.org) pour une information plus détaillée, et à soumettre au Secrétariat des informations complémentaires sur leurs initiatives pour renforcer la pratique de la santé publique.

183. Le Comité exécutif a accueilli favorablement les progrès accomplis pour mesurer et renforcer la performance des fonctions essentielles de santé publique dans les pays de la Région, et a exprimé son appui aux efforts constants de l’OPS pour aider les États Membres à cet égard. Plusieurs délégués ont fait rapport sur les initiatives en cours dans leurs pays pour renforcer la capacité de la santé publique. La Déléguée du Canada a noté deux erreurs dans l’information sur le Canada dans le rapport d’avancement et a indiqué que sa délégation soumettrait les corrections par écrit.

184. Ils ont noté que les efforts pour renforcer la pratique de la santé publique étaient empêchés dans certains pays par des pénuries de professionnels de la santé publique. Ils ont souligné le besoin d’efforts accrus pour former et retenir ces professionnels—qui étaient souvent attirés par des salaires plus élevés dans le secteur privé, loin des carrières de la santé publique. Ceci était identifié comme un domaine important de coopération technique future de l’OPS.

185. Plusieurs suggestions ont été faites en ce qui concernait les fonctions essentielles de santé publique elles-mêmes. Un délégué était de l’avis que FESP 3 (promotion de la santé) et FESP 4 (participation sociale en santé) devaient être combinées, du fait que la participation sociale en santé faisait partie d’une approche intégrée de la promotion de la santé. Un autre, tout en reconnaissant que la focalisation principale du travail sur les fonctions essentielles de santé publique était le niveau du pays, a suggéré que la santé internationale devait être incorporée dans le cadre des FESP, étant donné que les actions et phénomènes se produisant au niveau national avaient de plus en plus des implications internationales.

186. Ils ont proposé que, du fait que ce point ne nécessitait pas d’action de la part des Organes directeurs, il ne devait pas être soumis au Conseil directeur.

187. Le Dr Levcovitch a remercié les délégués de leurs commentaires et suggestions, et a assuré la Déléguée du Canada que les corrections nécessaires seraient apportées au document. Il a observé que l’initiative FESP vivait véritablement sa propre vie. La plupart des activités se produisaient aux niveaux national et sous-national, et l’OPS ne les connaissait pas toutes, en particulier celles prenant place aux niveaux de comté, municipal, ou à des niveaux plus bas. Il a par conséquent accueilli favorablement l’information fournie par les délégués et a encouragé les États Membres à continuer à

soumettre l'information sur les enseignements tirés et les bonnes pratiques glanées de leurs expériences.

188. À son avis, l'intérêt et l'engagement soutenus concernant l'initiative FESP se devaient dans une large mesure au fait que les 11 fonctions essentielles de santé publique avaient été longuement étudiées et discutées lorsque le cadre d'évaluation était en cours de développement. Il ne pensait pas qu'il serait sage de faire à présent des changements à ce cadre. Cela ne signifiait pas toutefois qu'il n'y avait pas de liens entre les fonctions ni l'opportunité d'action transversale. La FESP 3 et la FESP 4 étaient certainement liées de plusieurs façons, mais la FESP 4 avait également des dimensions liées aux processus de décisions politiques, de politique sociale et de dialogue social. Alors que la relation entre santé publique et relations internationales n'avait pas été aussi claire quand le cadre avait été développé qu'elle l'était maintenant, la FESP 5 (développement de politiques et capacité institutionnelle pour la planification et la gestion de la santé publique), la FESP 6 (renforcement de la réglementation de la santé publique et capacité d'application), et la FESP 8 (développement des ressources humaines et formation en santé publique) englobaient des dimensions qui pouvaient être élargies afin d'incorporer des fonctions liées à la santé internationale. Il était également devenu très clair que les fonctions essentielles en santé publique étaient étroitement liées à un autre domaine qui revêtait actuellement un grand intérêt tant pour le Secrétariat que pour les États Membres : le développement et le renforcement des systèmes de santé fondés sur les soins de santé primaires.

189. Pour conclure, il a annoncé que la version espagnole du cours virtuel sur le renforcement des fonctions essentielles de santé publique, mentionnée au paragraphe 19 du rapport d'avancement, serait prête avant la fin de 2008, et la version portugaise suivrait rapidement. Ces versions ne seraient pas de simples traductions du cours en anglais, mais seraient des adaptations ajustées aux caractéristiques des systèmes de santé en Amérique latine.

190. Le Comité a pris note du rapport.

Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac : Opportunités et défis concernant son application dans les Amériques (document CE142/23)

191. Le Dr Luiz Galvão (Gérant de Domaine, Développement durable et Santé environnementale, OPS) a présenté le document CE142/23, notant que de toutes les régions de l'Organisation mondiale de la Santé, la Région des Amériques avait le pourcentage le plus bas d'États Membres (66%) qui avaient ratifié la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac (FCTC). Il a décrit les progrès dans la Région dans l'exécution des mesures contenues dans la FCTC, y compris la réglementation sur le conditionnement et l'étiquetage des produits du tabac, interdisant l'usage de termes

trompeurs tels que « légère » ou « douce, » l'impression d'avertissements sur non moins de 30% de la surface du paquet, et la création d'environnements sans tabac.

192. Précédemment en 2008, l'OMS avait lancé MPOWER, un train de six mesures qui offrait une feuille de route clairement définie pour aider les pays à s'acquitter de leurs obligations au titre de la FCTC et aider tous les pays, qu'ils soient ou non Parties à la Convention, à combattre l'épidémie de tabagisme. Ces six mesures étaient les suivantes : suivre l'usage du tabac, protéger les personnes de la fumée du tabac, offrir de l'aide pour arrêter de fumer, avertir sur les dangers du tabac, faire respecter les interdictions sur la publicité et la promotion du tabac, et augmenter les impôts sur les produits du tabac.

193. Le Comité exécutif a été invité à considérer une résolution proposée encourageant les États Membres qui ne l'avaient pas encore fait, à ratifier la Convention et exhortant les Parties et Non-Parties à la Convention de mettre en œuvre le train de mesures MPOWER.

194. Dans la discussion qui a suivi, plusieurs délégués, y compris des délégués d'États Membres qui n'avaient pas encore ratifié la Convention, ont décrit les mesures prises par leurs pays pour lutter contre le tabagisme, dont les interdictions de fumer dans les bâtiments publics, les restrictions sur la publicité, les impôts plus élevés sur les produits du tabac et les mesures pour décourager les jeunes de fumer. La plupart ont indiqué que le public, y compris une grande proportion de fumeurs, avait généralement bien accueilli les mesures mises en place.

195. En ce qui concernait la résolution proposée, un délégué a demandé des clarifications sur un paragraphe de préambule qui faisait référence à la nécessité de « poursuivre les efforts pour faire de la Convention une loi nationale. » Un autre délégué a suggéré que le paragraphe 1(e), qui priait instamment les États Membres à participer au Réseau ibéroaméricain de lutte antitabac, devrait également encourager la participation aux réseaux anglophones.

196. Le Dr Heidi Jiménez (Conseillère juridique, OPS) a expliqué que dans certains pays, les traités internationaux, une fois ratifiés par le pays, entraient automatiquement en vigueur, mais que dans d'autres pays, une législation pour l'entrée en vigueur nationale était requise. De plus, les lois existantes devaient parfois être adaptées pour les conformer aux dispositions du traité. Elle a indiqué que le Secrétariat clarifierait le langage du paragraphe en question.

197. Le Dr Galvão a observé que, comme en témoignaient clairement les commentaires du Comité, la lutte contre l'usage du tabac aidait à créer des environnements plus sains et à encourager une nouvelle prise de conscience sur la santé de la part du public et des autorités sanitaires. Il a indiqué que le Secrétariat incorporerait

la suggestion concernant les réseaux anglophones, mais a précisé que ce que le Secrétariat avait l'intention d'encourager, était la participation aux réseaux existants et non la création de nouveaux réseaux.

198. La Directrice a dit qu'il était clair que les pays de la Région étaient engagés dans la lutte contre l'épidémie de tabagisme. Toutefois, le Secrétariat était soucieux du fait que, sur les six régions de l'OMS, les Amériques avaient le niveau le plus bas de ratification de la Convention. Elle reconnaissait que les systèmes juridiques des pays différaient, ce qui signifiait que le processus de ratification prenait beaucoup plus de temps dans certains pays que dans d'autres. Elle a également noté que les pays qui avaient signé la Convention mais qui ne l'avaient pas encore ratifiée, procédaient à son exécution. Néanmoins, l'OPS considérait qu'il était important pour les pays de prendre également les mesures législatives nécessaires pour incorporer les dispositions de la FCTC dans leurs lois nationales et d'encourager tous les États Membres à adopter et à ratifier la Convention.

199. Le Comité a adopté la résolution CE142.R11 sur ce point.

Gestion intégrée des vecteurs : Une réponse globale aux maladies à transmission vectorielle (document CE142/24)

200. Le Dr Jarbas Barbosa da Silva (Gérant de Domaine, Surveillance sanitaire et Prise en Charge des Maladies, OPS) a présenté le document CE142/24 et une résolution proposée sur ce point, notant que les maladies à transmission vectorielle continuaient à être un problème majeur de santé publique dans le Amériques, affectant de manière disproportionnée les pauvres et les populations marginalisées. Des facteurs tels que l'affluence démographique accrue, la mobilité et le changement climatique impliquaient un risque plus grand d'épidémies de maladies transmises par les moustiques. La Région voyait non seulement un risque plus important de maladies connues, telles que la dengue ou le paludisme, mais aussi l'émergence de nouvelles maladies telles que la fièvre du Nil occidental et la réapparition de maladies longuement absentes telles que la fièvre jaune urbaine. De plus, la résistance des insecticides mettait en danger les programmes de contrôle qui s'appuyaient fortement sur les produits chimiques.

201. La gestion intégrée des vecteurs pouvait être définie comme un processus de décision rationnelle concernant l'usage optimal de la gestion des vecteurs. Les principes de gestion intégrée des vecteurs pourraient contribuer à l'emploi judicieux et environnementalement sain des insecticides disponibles; ils donneraient des moyens aux pays de réduire le recours au contrôle chimique et renforceraient les programmes de gestion des vecteurs et les rendraient plus efficaces et plus efficaces par rapport au coût. Plus important, la gestion intégrée des vecteurs représentait une approche intersectorielle, allant bien au-delà des limites du seul secteur de la santé.

202. Des étapes importantes dans la promotion de la gestion intégrée des vecteurs dans les Amériques comprendraient la réalisation d'analyses de situation et des évaluations des besoins aux niveaux national et régional; la formulation de directives de gestion intégrée des vecteurs; le renforcement de la capacité des pays de planification, exécution, suivi et évaluation de la gestion des vecteurs à travers le développement des ressources humaines; la promotion de partenariats et de collaboration, y compris l'intervention communautaire et l'appui universitaire pour la recherche pratique d'opérations; l'appui à la prévention et au contrôle de maladies multiples, du fait que certains vecteurs jouaient un rôle dans plus d'une maladie; la mobilisation des ressources financières; et l'encouragement de la coordination inter pays et intrapays à la prévention et au contrôle des maladies à transmission vectorielle.

203. Le Comité a bien accueilli le document, attachant une importance particulière à son emphase sur les aspects intersectoriels de la gestion des vecteurs. Il estimait qu'une approche intersectorielle aiderait à réduire le recours à la pulvérisation de masse de pesticides, ce qui serait bénéfique pour l'environnement. Un délégué a suggéré toutefois, que la stratégie devait laisser ouverte une série entière d'options pour la gestion des vecteurs, dont l'emploi judicieux de pesticides où approprié. Un autre a indiqué que si les pesticides devaient être utilisés, il faudrait donner la préférence à ceux qui étaient moins nuisibles pour l'environnement et pour les personnes, comme les biopesticides.

204. Plusieurs délégués ont souligné que s'il était certainement important de confronter le problème des vecteurs dans son ensemble, il était tout aussi important d'être conscient que toutes les maladies à transmission vectorielle avaient leurs caractéristiques spécifiques, et qu'il était par conséquent nécessaire également de renforcer les programmes spécifiques aux maladies. Les délégués ont également mis en avant l'importance de renforcer la communication, tant avec la population qu'entre le gouvernement et les mass-médias, pour assurer que des messages précis et clairs soient transmis sur les dangers des maladies à transmission vectorielle, plutôt que des informations alarmistes donnant lieu à une anxiété publique indue.

205. Plusieurs délégués ont décrit le travail qui se faisait dans leurs pays sur la gestion des vecteurs. Quelques pays utilisaient déjà une approche intersectorielle. Ils ont souligné que toute orientation technique à développer devrait mettre l'accent sur l'intervention communautaire, et devrait également contenir des exemples de bonnes pratiques glanées dans les expériences réussies des pays. Un délégué a proposé que l'OPS envisage de créer un poste de conseiller régional en gestion des vecteurs pour appuyer les activités et offrir un espace de collaboration entre les pays dans ce domaine.

206. Un délégué a remis en question le besoin d'une résolution sur ce point, notant qu'alors que le travail de la stratégie régionale sur la gestion intégrée des vecteurs était encore en cours, l'adoption d'une résolution semblait prématurée. Il a également observé que le document CE142/24 ne faisait pas appel à une résolution, il demandait simplement que le Comité exécutif prenne note du travail accompli jusqu'à présent.

207. Le Dr Barbosa da Silva a convenu que le partage d'expériences réussies devait être intensifié, l'OPS assurant la dissémination prompt de l'information de sorte que les États Membres puissent apprendre les uns des autres. Il était également d'accord sur l'importance de l'intervention communautaire, qui avait démontré qu'elle était une stratégie efficace dans diverses initiatives nationales pour le contrôle du paludisme et d'autres maladies. La participation communautaire était importante, en particulier parce que la gestion des maladies à transmission vectorielle impliquait de convaincre les gens à changer leur comportement et leurs habitudes. L'OPS examinait comment le Fonds stratégique pouvait être utilisé plus efficacement pour assurer que les pays aient accès aux fournitures pour le contrôle des vecteurs. Ceci pouvait inclure l'usage des pesticides, y compris les biopesticides, dans des conditions appropriées de sécurité et de qualité, bien que leur usage ne devrait pas être la composante primaire de la gestion des vecteurs.

208. La Directrice a reconnu qu'il y avait une disparité entre l'action demandée du Comité exécutif dans le document et la proposition qu'une résolution soit adoptée. À son opinion, il n'était pas nécessaire de développer une nouvelle stratégie de gestion intégrée des vecteurs : ce qu'il fallait plutôt, était d'incorporer l'approche intégrée dans des initiatives existantes pour lutter contre la dengue, le paludisme et d'autres maladies à transmission vectorielle. Si la résolution proposée était adoptée, avec les améliorations que le Comité jugeait nécessaires, elle serait un mandat suffisant pour que l'OPS aille de l'avant avec l'approche intégrée, sans aucun besoin de développer une nouvelle stratégie ou un nouveau plan d'action.

209. Après avoir examiné le projet de résolution et tenu compte de plusieurs amendements proposés par les délégués, le Comité a adopté la résolution CE142.R9 sur ce point.

Santé et politique étrangère : Liens avec le développement national en matière de santé (document CE142/25)

210. Le Dr Pedro Brito (Gérant de Domaine, Renforcement des Systèmes de Santé, OPS) a présenté le document CE142/25, notant qu'il était prévu pour servir de point de départ à un dialogue entre le Secrétariat et les États Membres sur la santé et la politique étrangère, menant éventuellement au développement d'un cadre programmatique pour guider la coopération technique de l'Organisation et son travail pour aider les gouvernements à renforcer la capacité institutionnelle requise pour fonctionner efficacement dans l'environnement mondial actuel de la santé. Il a résumé le contenu du document, qui analysait la relation complexe entre la santé et la politique étrangère, les changements qui s'étaient produits dans cette relation et dans le domaine de la coopération internationale en santé, et certaines implications de ces changements pour le développement national en matière de santé. Quatre sphères d'action étaient proposées : renforcement du leadership en santé; diplomatie de la santé, ou la capacité des gouvernements nationaux à maintenir des relations internationales sur les questions de santé; gestion de la coopération internationale; et développement de la capacité nationale à l'action internationale en santé.

211. Le Comité exécutif a été invité à faire des suggestions pour améliorer le document et exprimer ces vues sur les domaines d'action proposés, afin de permettre au Secrétariat de formuler une proposition mieux définie pour la considération du Conseil directeur.

212. Le Comité a bien accueilli le document, qui était considéré novateur sous plusieurs aspects, notamment le lien entre la politique étrangère et le développement national en matière de santé. Le Délégué du Chili, rappelant que son Gouvernement avait demandé que ce point soit inscrit à l'ordre du jour du Comité, a indiqué que sa délégation était très satisfaite de l'approche que le Secrétariat avait prise en préparant le document. La préoccupation principale du Chili avait été le renforcement de la capacité du personnel du ministère de la santé chargé de gérer la coopération internationale et de coordonner les activités des agences de coopération internationale au niveau national. Le document répondait à ce besoin, mais sa portée était beaucoup plus vaste, ce qui le rendait d'autant plus appréciable. D'autres délégués ont dit que le document se démarquait du sujet technique que traitait normalement l'OPS, qui intéressait uniquement ou principalement les professionnels de la santé. Ce document traitait des thèmes d'intérêt pour les professionnels dans de nombreux secteurs, y compris la politique étrangère, l'environnement et les échanges. Il montrait que la santé était véritablement intersectorielle.

213. Les délégués ont noté qu'il fallait faire attention à choisir le langage utilisé pour parler de ce nouveau domaine de coopération. Plusieurs délégués étaient particulièrement soucieux du terme « diplomatie de la santé » qu'ils estimaient ne pas être suffisamment

étendu. Un délégué a affirmé que la santé n'avait émergé comme préoccupation diplomatique que depuis la fin de la Guerre froide seulement. Du fait qu'il était relativement nouveau, le concept de « diplomatie de la santé » ou « santé et diplomatie » comme champ d'activité était encore en évolution. Ce fait, suggérait-il, devait être pris en compte plus clairement dans le document.

214. Un autre délégué a suggéré que le paragraphe 28 du document, qui traitait des inconvénients des programmes d'aide verticaux spécifiques aux maladies, devait être révisé. Il a remarqué que les programmes spécifiques aux maladies pouvaient, outre sauver des vies, contribuer au renforcement global des systèmes de santé et à l'infrastructure de base de la santé. L'initiative d'éradication de la polio était un exemple : l'infrastructure de laboratoire mise en place dans le cadre de cet effort était maintenant utilisée dans la lutte contre d'autres maladies.

215. En ce qui concernait le rôle de coopération technique de l'OPS, l'importance du renforcement de la capacité de leadership de l'autorité sanitaire nationale a été soulignée. Les délégués ont identifié la surveillance des maladies, en particulier dans les zones de volumes élevés de trafic et d'échanges internationaux, et l'harmonisation des cadres réglementaires et de la prestation des services comme des domaines qui nécessitaient particulièrement d'être renforcés. Assister les gouvernements à analyser l'impact sur la santé des politiques publiques proposées était considéré comme un autre rôle important pour l'OPS. Ils ont mis en avant le fait que l'Organisation devrait focaliser ses activités de coopération technique dans des domaines qui relevaient clairement de son mandat et de ses compétences essentielles—par exemple, aider les pays à exécuter le Règlement sanitaire international ou renforcer la capacité pour mettre en application les principes de la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide. Le lien entre ce domaine de travail et le travail de l'Organisation au titre du mandat créé par la résolution WHA61.21 (Stratégie mondiale et plan d'action sur la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle, voir paragraphes 311 à 316 ci-dessous) a été mis en relief.

216. La majorité des membres du Comité ont convenu qu'une résolution proposée sur ce point devait être préparée et soumise au Conseil directeur pour adoption, le but étant de fournir une base pour action future concernant la santé et la politique étrangère. La résolution proposée était amplement discutée et révisée, une grande part de la discussion étant centrée sur le rôle de l'OPS, en particulier sa participation aux forums politiques. Ils ont souligné que la participation de l'OPS à ces organes devait se limiter à des thèmes ayant un rapport avec la santé. Ils ont également estimé que l'OPS ne devait pas intervenir dans la politique étrangère ni dans la formation de professionnels nationaux responsables de la politique étrangère, qui relevait de la compétence des gouvernements nationaux.

217. La Directrice a remarqué que l'OPS participait déjà, à la demande des États Membres, à des forums politiques tels que les Sommets des Amériques. La résolution donnerait simplement à l'Organisation un mandat formel de continuer à faire quelque chose que les États Membres lui avaient demandé de faire à plusieurs reprises. Elle a noté que l'intervention de l'OPS dans la formation des professionnels nationaux à la santé internationale et la politique étrangère n'avait rien de nouveau. Elle assurait cette formation à travers son propre Programme de leaders en santé internationale et à travers sa participation aux programmes de formation du Conseil de Défense interaméricain. Elle était également entrée en partenariat avec les écoles de relations internationales et de santé publique dans les universités à Washington, D.C., pour développer des programmes de formation de santé internationale. De plus, l'Organisation avait des responsabilités de formation et de renforcement de la capacité au titre du Règlement sanitaire international (2005), qui manifestement avait des implications de politique étrangère.

218. Après d'autres discussions et révisions, le Comité a adopté la résolution CE142.R14.

Mise à jour sur le changement climatique et son impact sur la santé publique (document CE142/26)

219. Le Dr Luiz A. Galvão (Gérant de Domaine, Développement durable et Santé environnementale, OPS) a présenté le document CE142/26, notant que le quatrième Rapport d'évaluation du panel intergouvernemental sur le changement climatique avait clairement montré les effets sur la santé du changement climatique et que ces effets affectaient de façon disproportionnée les populations vulnérables, notamment les pauvres. Il a remarqué que, comme c'était devenu une habitude, la table ronde qui devait prendre place pendant le 48^e Conseil directeur porterait sur le même thème que celui de la Journée mondiale de la santé, qui en 2008 avait été « Protéger la santé du changement climatique. » La table ronde commencerait par une courte vidéo sur le changement climatique, suivie par des remarques de la Directrice et d'un orateur principal. Il y aurait ensuite une présentation sur le plan d'action régional proposé, qui était en préparation conformément à la résolution WHA61.19 de l'Assemblée mondiale de la Santé. Attirant l'attention sur les objectifs stratégiques du plan d'action, qui apparaissaient à l'Annexe I au document CE142/26, il a rappelé que les fondations du plan avaient été établies à l'Atelier régional sur le changement climatique et ses effets sur la santé dans les Amériques, qui s'était tenu au Brésil pendant la semaine de la Journée mondiale de la santé.

220. Suite à la présentation du plan d'action, les participants de la table ronde se sépareraient en trois groupes de travail à être présidés par le Président et les Vice-Présidents du Conseil directeur, qui examineraient le plan d'action et les thèmes apparentés. Les résultats des discussions seraient ensuite présentés en plénière. Il a noté

que des représentants d'universités et des ONG étaient invités à participer à la table ronde.

221. Le Comité a bien accueilli l'information sur les préparatifs de la table ronde et sur la préparation du plan d'action. Plusieurs délégués ont mentionné l'impact que le changement climatique aurait sur leurs pays respectifs, soulignant qu'il était essentiel que le plan d'action tienne compte des circonstances nationales. Une déléguée a noté qu'alors que le rapport de la quatrième session du Panel intergouvernemental sur le changement climatique avait fourni certains éléments scientifiques parmi les plus actuels sur le changement climatique, il avait utilisé les verbes au conditionnel, ce qui laissait entendre que la science continuait encore à évoluer. Plutôt que de parler de certitudes, il parlait d'effets potentiels et caractérisait la probabilité de résultats spécifiques en termes de confiance élevée, moyenne et faible. Elle suggérait que le Secrétariat utilise la même approche en préparant le plan d'action. Un autre délégué a recommandé que le plan soit moins normatif et qu'il définisse plus clairement les rôles du Secrétariat et des États Membres.

222. Plusieurs délégués étaient préoccupés du fait que les 30 minutes allouées aux discussions des groupes de travail seraient insuffisantes pour débattre d'un thème aussi important.

223. La Directrice a précisé que la référence dans le document à une période de discussion de 30 minutes était une erreur. Suite à une introduction de 15 minutes en plénière, y compris les remarques du Directeur général de l'OMS si elle était présente à Washington le jour de la table ronde, les groupes de travail disposeraient d'au moins une heure et quart de temps de discussion. Il y aurait ensuite une discussion de suivi en plénière. En tout, un minimum de deux heures serait alloué à ce thème.

224. Le Comité exécutif a pris note des préparatifs de la table ronde et du plan d'action proposé.

Questions administratives et financières

Procédures d'application du nouveau barème de contributions basé sur la nouvelle échelle de l'OEA (document CE142/27)

225. Le Dr Osvaldo Salgado (Représentant du Sous-Comité des programmes, du Budget et de l'Administration) a informé qu'à l'occasion de la deuxième session du Sous-Comité en mars, le Secrétariat avait annoncé qu'un nouveau barème de contributions, basé sur le barème approuvé par l'Organisation des États américains (OEA) en novembre 2007, serait développé et présenté aux États Membres avec la proposition de budget programme pour la période biennale 2010-2011.

226. La Directrice a confirmé que le barème de contributions serait présenté à la prochaine session du Sous-Comité des programmes, du Budget et de l'Administration au début de 2009. Elle a ajouté que le nouveau barème était basé sur l'échelle de l'OEA, mais qu'il avait été ajusté aux membres de l'OPS, qui était légèrement différent de celui de l'Organisation des États Américains.

227. Le Comité exécutif a pris note du rapport.

Rapport sur le recouvrement des contributions (document CE142/28 et Add. I)

228. Mme Linda Kintzios (Trésorière et Chef du Service, Gestion, Analyses et Systèmes des Fonds, OPS) a introduit le document CE142/28, qui donnait des informations sur le statut du recouvrement des contributions dues par les États Membres, États participants et États associés jusqu'au 31 décembre 2007 et 30 avril 2008. L'addendum au document offrait une information actualisée concernant les recouvrements à dater du 16 juin 2008. Elle avait le plaisir d'annoncer que depuis cette date, l'Organisation avait reçu des contributions additionnelles de \$6.211 des Bahamas, de \$62.765 de la Bolivie, de \$9.735 du Costa Rica et de \$64.152 de Cuba. Le recouvrement combiné des arriérés et des contributions de l'année en cours s'élevait donc jusqu'à présent en 2008 à \$40,5 millions, ce qui était une baisse considérable dans les recouvrements globaux par rapport au montant qui avait été versé en Juin 2007 (\$70,1 millions).

229. Un total de 27 États Membres s'étaient acquittés du paiement de leur contribution jusqu'à présent en 2008 et plus de 63% s'étaient acquittés de leur solde d'arriérés, laissant un solde de \$13,1 millions seulement. Le recouvrement des contributions pour les évaluations de l'année en cours s'élevait à \$18,1 millions (19%), également une baisse considérable par rapport à 2007. Treize Membres avaient payé le total de leurs évaluations de 2008, tous les États Membres avec des plans de paiement échelonnés étaient en conformité totale avec les conditions de ces plans, et un État Membre seulement était potentiellement assujéti aux restrictions de droit de vote établies au titre de l'Article 6.B de la Constitution de l'OPS.

230. La Directrice a indiqué que le Secrétariat travaillait avec le pays potentiellement assujéti aux dispositions de l'Article 6.B dans le but d'assurer qu'il serait en mesure de participer pleinement au 48^e Conseil directeur. Elle a noté que l'Organisation avait connu des retards dans la réception des versements de plusieurs participants majeurs, ce qui expliquait pourquoi le financement reçu jusqu'en juin était aussi faible. Afin de maintenir le fonctionnement de l'Organisation en attendant que ces versements arrivent, elle avait été obligée de demander l'autorisation du Comité exécutif pour contracter un emprunt interne et elle était reconnaissante au Comité d'avoir répondu rapidement à sa demande.

231. Le Délégué du Canada a présenté les excuses de son Gouvernement pour le retard à s'acquitter de son évaluation de 2008 et a indiqué que le Canada prévoyait de soumettre un versement partiel sous peu. Le retard se devait à un changement dans le mécanisme de paiement de toutes les obligations du Canada envers les organisations internationales. Le mécanisme avait été maintenant approuvé, et les paiements futurs devraient être ponctuels.

232. Dans la discussion de la résolution proposée sur ce point, plusieurs délégués ont exprimé l'opinion que la résolution ne devrait pas indiquer le nombre spécifique d'États Membres qui ne s'étaient pas acquittés de paiements vis-à-vis de leurs évaluations de 2008, en particulier du fait que ce nombre changerait très probablement avant le 48^e Conseil directeur. Ils ont également fait part de leurs préoccupations concernant le paragraphe 4 de la résolution proposée, qui recommandait que les restrictions sur le droit de vote contenues dans l'Article 6.B de la Constitution de l'OPS soient strictement appliquées à tout État Membre qui à l'ouverture du 48^e Conseil directeur ne s'était pas acquitté d'un paiement substantiel de sa contribution. Ils ont suggéré que le langage devait être moins catégorique. D'autres délégués ont fait remarquer que le libellé du paragraphe 4 était la formulation standard qui avait été utilisée dans de nombreuses résolutions antérieures du Comité exécutif sur ce thème.

233. La Directrice a affirmé que la formulation du paragraphe 4 était la formulation habituelle. Le but était d'alerter les États Membres sur le besoin de prendre des mesures pour satisfaire leurs obligations financières envers l'Organisation avant l'ouverture du Conseil directeur afin d'éviter la suspension de leurs droits de vote. Toutefois, l'application de l'Article 6.B serait décidée par le Conseil directeur sur la base des recommandations d'un comité composé d'États Membres nommés par le Conseil, et ce Comité donnerait la considération voulue à toutes les circonstances spéciales ou atténuantes qui pourraient avoir empêché l'État Membre de s'acquitter de ses obligations.

234. Le Comité s'est montré satisfait des explications fournies par la Directrice et a adopté la résolution CE142.R2, maintenant le langage du paragraphe 4.

Hiérarchisation programmatique et critères d'affectation des ressources (document CE142/29)

235. Le Dr Osvaldo Salgado (Représentant du Sous-Comité des Programmes, du Budget et de l'Administration) a indiqué que le Sous-Comité avait accordé une large place à ce point lors de sa deuxième session de mars et à nouveau lors de la réunion virtuelle du 30 avril. Le Sous-Comité avait estimé que les critères appliqués à l'exercice de hiérarchisation étaient généralement de bonne facture. Toutefois, il avait été remarqué qu'alors que ces critères tenaient compte de mandats régionaux tels que l'Agenda de la

Santé pour les Amériques, ils ne contenaient pas de mandats globaux. Des membres du Sous-Comité avaient mentionné plusieurs critères supplémentaires qui pouvaient avoir un rapport avec l'établissement des priorités, y compris les résultats et impacts escomptés et le calendrier pour les réaliser, le contexte politique, et le niveau auquel le travail devait être entrepris (régional, sous-régional ou national). Le Sous-Comité avait souligné que les priorités devaient faire l'objet d'un nouvel examen à chaque période biennale et devaient être révisées à la lumière des circonstances changeantes. Le Sous-Comité avait convenu à l'unanimité que les futurs exercices de hiérarchisation devaient impliquer des participants extérieurs, en particulier des représentants des États Membres. Il avait mis l'accent sur le fait que les participants extérieurs sélectionnés devaient être des experts bien informés sur les questions de santé publique et de gestion.

236. Lors de la réunion virtuelle du 30 avril, le Secrétariat avait indiqué que les commentaires et suggestions du Sous-Comité avaient été incorporés dans le document préparé pour le Comité exécutif (document CE142/29). Le Sous-Comité avait approuvé le processus décrit dans le document, avec les révisions incorporées, et avait souligné à nouveau le besoin de revoir les priorités à chaque période biennale.

237. Des membres du Comité exécutif estimaient que le document n'était pas clair en ce que l'on attendait du Comité. Étant donné que le Plan stratégique pour la période biennale en cours était en place, avec les ressources déjà affectées aux divers objectifs stratégiques, ils voulaient savoir si le processus de hiérarchisation pouvait avoir un impact sur la distribution des ressources. Un membre a exprimé des réservations quant à l'idée de faire intervenir un grand nombre de participants extérieurs dans les futurs exercices de hiérarchisation, craignant que leur participation puisse être relativement coûteuse et de valeur limitée.

238. Attirant l'attention sur un tableau donnant les résultats de l'exercice de priorisation (contenu dans l'annexe au document CE142/29), un membre a demandé ce que le terme « priorité » signifiait réellement pour le travail de l'Organisation, et sous quelles circonstances le Secrétariat pouvait envisager de changer une priorité. Il a également demandé si le Secrétariat pouvait offrir un exemple concret pour illustrer les principes sous-tendant l'exercice de hiérarchisation. Par exemple, au vu des préoccupations mondiales actuelles concernant la sécurité alimentaire, comment se faisait-il que l'Objectif stratégique 9, « Améliorer la nutrition, la salubrité et la sécurité des aliments » avait reçu la plus faible priorité dans le tableau ?

239. Le Dr Hernán Rosenberg (Conseiller principal, Coordination des Ressources, OPS) a indiqué que l'objectif du document était d'expliquer, dans un esprit de transparence, le processus par lequel l'exercice d'établissement des priorités avait été entrepris, plutôt que d'en discuter ses résultats. Le Secrétariat cherchait à obtenir des commentaires et des suggestions sur le processus lui-même pour le guider dans des exercices futurs de hiérarchisation. Il a souligné que la hiérarchisation était un exercice programmatique, et non un exercice budgétaire. Si l'OPS avait à faire un choix sur l'endroit où dépenser ses ressources, alors il avait besoin d'une idée partagée collectivement sur la façon de le faire. Les États Membres avaient été consultés dans des processus antérieurs de hiérarchisation, et ces consultations se poursuivraient. Il a rappelé que le Sous-Comité des Programmes, du Budget et de l'Administration avait été en faveur de l'ouverture du processus à des participants extérieurs. En décidant à qui il fallait demander d'y prendre part, le Secrétariat ferait très attention à choisir des personnes bien informées sur les questions de santé publique et/ou de gestion.

240. Passant à l'exemple spécifique de l'Objectif stratégique 9, il a souligné que le problème n'était pas l'importance intrinsèque d'un objectif particulier, parce qu'ils étaient tous importants. Il s'agissait plutôt de la façon dont l'Organisation devait déployer ses ressources afin d'avoir le plus grand impact. Du fait qu'un nombre d'autres organisations intervenaient dans le domaine de la nutrition, l'OPS pouvait avoir un plus grand impact en se concentrant davantage sur d'autres domaines dans lesquels un nombre bien moindre d'institutions intervenait.

241. La Directrice a observé que l'exercice de hiérarchisation s'inscrivait dans le processus de mise en œuvre de la gestion axée sur les résultats. L'BSP avait établi son Plan stratégique et déterminé les ressources qui seraient requises pour le mettre à exécution, mais elle ne disposait pas nécessairement des ressources requises dès le premier jour de son exécution, et pourrait devoir changer les priorités en conséquence. Ensuite, dans le cours de l'exécution, les situations pouvaient changer et à nouveau il pourrait y avoir besoin de déplacer les ressources. Par exemple, le revenu escompté pouvait ne pas être reçu comme prévu, ou un pays pouvait subir une catastrophe naturelle, ou il pouvait y avoir un changement de gouvernement entraînant des changements dans les priorités en santé : il s'agissait là de scénarios dans lesquels les priorités d'affectation des ressources pourraient devoir être changées, et l'OPS avait besoin d'une méthodologie qui lui permettrait de le faire. C'était la responsabilité du Secrétariat, et son défi, de déplacer les ressources conformément aux priorités changeantes, afin d'atteindre les résultats escomptés que les Organes directeurs avaient définis. Renforçant les commentaires du Dr Rosenberg sur l'Objectif stratégique 9, elle a souligné que dans le domaine de la nutrition, l'OPS avait des partenaires solides, tant dans le système des Nations Unies que dans le système interaméricain.

242. Le Comité exécutif a pris note du rapport.

Rapport financier du Directeur et rapport du Commissaire aux Comptes pour la période biennale 2006-2007 (document officiel 331)

243. Mme Sharon Frahler (Gérante de Domaine, Gestion financière et Établissement des Rapports, OPS) a présenté un aperçu de la situation financière de l'Organisation, qui était décrite en beaucoup plus de détails dans le *Document officiel 331*. Elle a indiqué que l'OPS se trouvait dans une situation financière favorable sans précédent. Le total des fonds de l'Organisation avait atteint \$1,16 milliard, \$359 millions de plus que dans la période biennale 2004-2005, et le niveau le plus élevé de revenu de toute période biennale de l'Organisation. L'augmentation du revenu était due au paiement des arriérés de contributions des États Membres, à une plus grande mobilisation des contributions volontaires, à la croissance des achats de vaccins et fournitures essentielles en santé publique au nom des États Membres, et à un financement accru de l'Organisation mondiale de la Santé. L'Organisation avait reçu le niveau le plus élevé de paiements d'évaluation des contributions sur plus de 10 ans, les recettes de l'évaluation des contributions de la période biennale 2006-2007 atteignant \$155,1 millions et le paiement des arriérés atteignant \$54,8 millions. Mais l'augmentation la plus frappante dans les ressources financières s'était produite dans les activités de passations de marchés de l'Organisation au nom des États membres, qui étaient passées d'un total cumulé de \$338,9 millions pour la période biennale 2004-2005 à \$513,7 millions dans la période biennale 2006-2007, une augmentation globale de 52% pour les trois fonds d'achat de l'Organisation.

244. Dans l'ensemble, il y avait eu un excédent de recettes par rapport aux dépenses de \$38,8 millions. De ce montant, \$5,8 millions avaient été utilisés pour faire passer le montant du Fonds de roulement à son plafond autorisé de \$20 millions, et \$7,7 millions pour porter le Fonds d'investissement directeur à son plafond autorisé de \$8 millions. Il y avait donc un solde disponible dans le compte de réserve de \$25,3 millions.

245. À compter de la fin de mai 2008, près de \$18 millions des évaluations de l'année en cours avaient été reçus, ainsi que près de \$8 millions des évaluations des années antérieures. Depuis cette date, l'OPS avait reçu plusieurs paiements de contributions, dont un de plus de \$14 millions. En date du 18 juin, il y avait un solde de \$15 millions dans le Fonds de roulement. Notant que ce montant ne servirait à couvrir les dépenses que pour environ deux mois seulement, elle a exhorté les États Membres en arriérés de paiements de leurs contributions à s'en acquitter dès que possible.

246. M. Graham Miller (Représentant du Commissaire aux Comptes) a résumé le rapport du Commissaire aux Comptes, M. Tim Burr (Contrôleur et Commissaire aux Comptes, Bureau national d'Audit du Royaume-Uni). Il était heureux de confirmer qu'à

la suite d'un examen minutieux, rigoureux, indépendant et objectif des comptes et des opérations de l'Organisation, le Commissaire aux Comptes n'avait trouvé ni faiblesses ni erreurs qui pouvaient matériellement avoir un impact sur la validité des états financiers dans leur ensemble. Par conséquent, le Commissaire aux Comptes était heureux d'émettre une opinion d'audit non assortie de réserve sur les états financiers pour la période couvrant le 1^{er} janvier 2006 au 31 décembre 2007.

247. Il a passé en revue le contenu du rapport (contenu dans le *Document officiel 331*), notant qu'il couvrait les résultats financiers globaux de l'OPS, ses progrès sur la voie de l'application des Normes comptables internationales du secteur public (NCISP), son usage des lettres d'accord avec les partenaires d'exécution, les postes vacants au sein de l'Organisation, le contrôle financier sur le terrain, les résultats financiers des centres sous-régionaux, la séparation prévue de l'OPS et des centres sous-régionaux, et le suivi des recommandations d'audits antérieurs. En ce qui concernait ce dernier point, il a rappelé que le rapport d'audit antérieur avait noté la faiblesse constante au niveau du contrôle interne au sein de l'Organisation. Alors que l'OPS s'efforçait de résoudre ces problèmes et de recruter du personnel qualifié, elle n'avait pas encore été en mesure d'attirer des candidats appropriés pour la position de vérificateur interne principal. Le rapport d'audit actuel recommandait que l'OPS envisage de sous-traiter la fonction de contrôle interne.

248. En ce qui concernait l'établissement du système de gestion des questions d'intégrité et des conflits (ICMS), le rapport notait avec regret que les modalités antérieures d'investigation des fraudes avaient été diluées et qu'il n'y avait pas de point focal central pour entreprendre cet aspect critique de la bonne gouvernance. Le rapport recommandait que l'équipe ICMS établisse un sous-groupe dont le mandat spécifique serait l'investigation et la notification des cas de fraude. Dans le domaine de la gestion du risque, les vérificateurs avaient travaillé en étroite collaboration avec l'OPS pour donner des orientations sur l'évaluation du risque et le développement de registres de risque. Alors que l'Organisation faisait des progrès à cet égard, la gestion du risque n'était pas encore incorporée dans ses processus d'activités. Les vérificateurs recommandaient que l'Organisation établisse une date cible pour adopter intégralement une modalité systématique de gestion du risque d'entreprise. Ils ont également recommandé que l'Organisation établisse un comité d'audit. Alors que les termes de référence du Sous-Comité des Programmes, du Budget et de l'Administration étaient très étendus et comportaient l'examen des états financiers, des plans et des rapports d'audit, le Sous-Comité ne requérait pas la présence du Commissaire aux Comptes et ne remplissait pas le rôle de bonne gouvernance d'un comité d'audit composé d'une majorité de membre indépendants.

249. Le Comité exécutif a bien accueilli l'opinion d'audit non assortie de réserve et la situation financière généralement saine de l'Organisation. Des délégations ont demandé des commentaires au Secrétariat sur deux domaines qui avaient été mis en relief dans le rapport du Commissaire aux Comptes : l'âge avancé et le degré élevé de fabrication sur mesure des systèmes de technologie de l'information de l'Organisation, et les faiblesses dans la gestion des fonds transférés à des tiers dans le cadre de lettres d'accord.

250. Mme Frahler a indiqué que, pour le moment, le système informatique satisfaisait les besoins de gestion financière de l'Organisation. Il était vrai, toutefois, que certaines fabrications sur mesure avaient été nécessaires pour faire place à des activités telles que la mise en œuvre progressive des NCISP, et une fois que l'Organisation serait passée à la comptabilité d'engagements à part entière, l'usage du système existant deviendrait plus problématique.

251. En ce qui concernait les fonds gérés par les lettres d'accord, l'OPS avait pris note des observations du Commissaire aux Comptes. Une innovation récente était la liste de vérification mensuelle d'assurance de qualité et de contrôle interne, que chaque administrateur dans les bureaux de pays était tenu d'examiner et de signer, certifiant qu'il ou elle avait exécuté et examiné tous les contrôles requis, ou fournir des explications si tous les contrôles n'avaient pas été appliqués. Le Représentant de l'OPS/OMS contresignait ensuite la liste, mettant ainsi sa carrière en danger s'il s'avérait que des contrôles requis avaient été omis. De plus, tous les administrateurs de rang élevé étaient maintenant tenus de signer une déclaration annuelle certifiant qu'ils n'étaient pas au courant de faiblesses ou de manque de contrôles internes dans les comptes financiers sous leur responsabilité.

252. La Directrice a ajouté que la responsabilité des lettres d'accord avait été déplacée des Services de passation de marchés à l'Unité Budget Programme, et que de nouvelles directives sur leur traitement avaient été écrites. Elles étaient actuellement en processus d'approbation et il était prévu qu'elles seraient mises en application dans un mois. Ces mesures étaient destinées à assurer que les rapports requis étaient en fait écrits et distribués.

253. Passant à d'autres domaines sujets de préoccupation mis en relief dans le rapport du Commissaire aux Comptes, elle a indiqué que l'OPS était consciente des risques impliqués par le nombre relativement important de postes vacants. Un grand nombre de ces postes vacants s'était produit au titre d'un processus de transition au sein de l'Organisation pour s'adapter aux conditions du Plan stratégique 2008-2012. Un plan des ressources humaines avait maintenant été achevé, et le processus de recrutement commencerait sous peu. De plus, la fonction des ressources humaines elle-même était en cours de restructuration dans l'intérêt d'une plus grande efficacité. En ce qui concernait l'établissement d'un comité d'audit, le Secrétariat examinait la possibilité d'utiliser les

services d'experts d'autres organisations internationales à Washington, D.C. et à New York. Cette possibilité serait poursuivie plus à fond une fois que le vérificateur interne principal ait été engagé.

254. Concernant la séparation prévue du Centre d'épidémiologie des Caraïbes (CAREC) et de l'Institut d'Alimentation et de Nutrition des Caraïbes (CFNI) de l'OPS et leur incorporation dans la future Agence de santé publique des Caraïbes, une équipe de gestion de projet avait été établie par la Communauté des Caraïbes (CARICOM), et l'OPS entrerait en contact avec elle pour établir un plan pour la transition. Une approche similaire serait prise en ce qui concernait la séparation prévue de l'OPS de l'Institut de Nutrition d'Amérique centrale et de Panama (INCAP).

255. La technologie informatique revêtait une grande importance pour l'Organisation, étant donné le rôle crucial qu'elle jouait dans son efficacité et sa productivité. Le problème de changer ou d'améliorer les systèmes était sous examen constant; toutefois, tout changement majeur serait coûteux. Dans l'intérim, le Secrétariat prenait soin d'assurer que tous les changements apportés aux systèmes actuels ne mettaient pas en danger la compatibilité avec le Système mondial de gestion de l'OMS.

256. Le Comité exécutif a pris note du rapport financier du Directeur et du rapport du Commissaire aux Comptes.

Usage du revenu du budget programme excédant le budget ordinaire de travail effectif autorisé (document CE142/30)

257. Le Dr Osvaldo Salgado (Représentant du Sous-Comité des Programmes, du Budget et de l'Administration) a indiqué que, lors de sa deuxième session en mars, le Sous-Comité avait été informé par le Secrétariat que l'Organisation se trouvait dans une position financière qui n'avait pas été vue au cours des 20 dernières années, à savoir un excès de revenu par rapport aux dépenses projetées de quelque \$33 millions. Une portion avait été utilisée pour capitaliser le Fonds d'investissement directeur à hauteur de son plafond autorisé de \$8 millions. Le Sous-Comité avait eu une discussion intense et riche sur la façon d'utiliser le solde, durant laquelle de nombreuses opinions différentes avaient été exprimées sur la façon de sélectionner les projets à financer.

258. Lors de la réunion virtuelle du Sous-Comité le 30 avril, il avait été confirmé que l'excédent disponible s'élevait à \$25,3 millions. En fonction de la discussion antérieure du Sous-Comité, le Secrétariat avait proposé deux critères pour ces projets, à savoir qu'ils renforcent et appuient les activités prioritaires en santé publique dans les pays des Amériques et qu'ils renforcent la capacité du Secrétariat à répondre aux besoins des pays des Amériques. Le Secrétariat avait également proposé une série de caractéristiques que ces projets devraient avoir, à savoir, qu'ils devraient renforcer les processus et créer des

efficacités, qu'ils devraient être non récurrents et créer un impact, et qu'il devrait s'agir d'initiatives pour lesquelles des fonds de donateurs ne seraient probablement pas disponibles.

259. Le Sous-Comité avait attiré l'attention sur le besoin d'une analyse des coûts plus détaillée des différentes options proposées. L'information soumise pour les projets devait être formalisée dans un plan de dépenses qui comportait une description de l'activité, la justification de son financement, son coût par période biennale et la durée prévue de son financement, et son potentiel de partage des coûts, s'il y en avait un. Des membres du Sous-Comité avaient suggéré d'affecter une plus grande proportion de l'excédent à des initiatives destinées à renforcer et appuyer des activités prioritaires en santé publique qu'à celles destinées à renforcer les opérations au sein du Secrétariat, alors que d'autres membres étaient en faveur d'une division plus égale du financement entre les deux critères. Le Secrétariat avait été prié de soumettre au Comité exécutif une hiérarchisation recommandée des projets et également de l'informer s'il considérait que tout l'excédent ou seulement une portion devait être utilisé au cours de l'année 2008.

260. Le Comité exécutif avait fait part de son appréciation pour le niveau plus poussé de détail qui avait été présenté, comme demandé, sur les propositions de projets et les coûts apparentés. Il accueillait favorablement l'approche consistant à utiliser l'excédent pour financer des entreprises non récurrentes qui pourraient s'avérer difficiles à financer par le budget ordinaire.

261. Quelques délégués ont exprimé des réservations sur le fait de dépenser l'argent sur des études prévues pour identifier des critères ultérieurs plutôt que sur des projets spécifiques avec un début et une fin définis, en particulier si ces études ou analyses ne semblaient pas avoir les caractéristiques de créer un impact, d'être durables, ou de minimiser les coûts récurrents ajoutés. Ils ont également observé que l'utilisation de l'excédent pour financer le démarrage de projets à long terme impliquerait un engagement de dépenses futures par l'Organisation ou par les pays, pour assurer que ces projets resteraient opérationnels à l'avenir. Les délégués ont également noté avec préoccupation qu'alors que les critères de sélection des projets avaient à l'origine fait état d'un équilibre entre projets bénéficiant l'Organisation et ceux bénéficiant directement les ministères de la santé dans les États Membres, maintenant le gros des projets proposés bénéficierait principalement l'Organisation.

262. La Directrice a répondu qu'alors qu'elle avait étudié les discussions des sessions de mars et d'avril du Sous-Comité des Programmes, du Budget et de l'Administration, elle en était venue à réaliser qu'il y avait une relation intime entre les deux critères, dans le sens que, par le renforcement des opérations de l'Organisation, les projets proposés accroîtraient sa capacité à servir ses États Membres. Elle a observé que les projets cités en annexe au document CE142/30 tombaient tous sous une des quatre catégories très

spécifiques citées au paragraphe 16 du document. Elle a également noté que le Secrétariat avait tenu compte de la suggestion de certains pays qu'il serait prudent de ne pas se précipiter pour dépenser le montant entier. C'était également sa propre opinion, et le Secrétariat avait adopté une approche prudente, les projets recommandés pour approbation ne s'élevant qu'à un total de \$5,675 millions seulement. Cette même prudence expliquait pourquoi de nombreux projets étaient sous la forme d'études ou d'investissements initiaux : plutôt que de se précipiter dans une opération chère à grande échelle, il était sage de dépenser d'abord un petit montant pour déterminer exactement ce qui était requis.

263. Le Comité exécutif a ensuite examiné chaque projet l'un après l'autre afin de déterminer lesquels seraient inclus dans la résolution à soumettre au Conseil directeur. Il a noté que les projets proposés 1.A et 1.B, se rapportant respectivement au renforcement de centres d'opération sanitaire stratégiques régional et nationaux étaient étroitement liés à l'exécution du Règlement sanitaire international (2005), qui obligeait les États Membres d'établir des centres de ce type pour dissémination de l'information pendant les urgences.

264. Un ferme appui a été exprimé pour le projet 2.A, « Renforcement des systèmes d'information en santé publique, » qui aiderait à assurer la comparabilité entre les statistiques sanitaires produites par les différents pays de la Région. Le Comité estimait que le projet 2.B, « Adoption de stratégies de réseautage pour transformer la prestation de la coopération technique, » devait être reformulé avec une portée et un but plus clairs, pour reconsidération à une date ultérieure. S'il ne pouvait pas être reformulé adéquatement, il devrait être abandonné. Le Comité a demandé d'autres précisions sur l'objectif du projet 2.C, « Renforcement des communications à travers l'amélioration de la connectivité des bureaux de pays. »

265. M. Lorne Murdoch (Gérant de Domaine, Services de Technologie de l'Information, OPS) a expliqué que « connectivité » se référait aux liens de télécommunication entre le Siège de l'OPS et les États Membres. Il a indiqué que 60% des États Membres avaient un niveau insuffisant de connexion, facteur qui entravait le travail du Secrétariat dans la Région et la capacité des États Membres à prendre part à des initiatives régionales telles que le développement de l'Agenda de la Santé pour les Amériques 2008-2017. Il a précisé que le chiffre de \$1,5 million de coûts récurrents n'était seulement qu'une estimation. Des chiffres plus précis émergeraient du projet, qui serait considéré comme une première phase destinée à déterminer les besoins. Il a été observé que les projets 3.A, « Moderniser le système de gestion d'entreprise, » et 3.B, « Moderniser le modèle de service pour la prestation des services de gestion du savoir et de technologie de l'information, » aideraient à l'intégration au Système mondial de Gestion de l'OMS ou à l'alignement sur ce système. Des délégués ont demandé si les montants indiqués seraient suffisants, même pour les phases initiales des projets. Une

déléguée a demandé si le coût d'\$1 million cité pour le projet 3.A avait en fait déjà été dépensé sur l'investigation du bureau d'études concernant les implications du Système mondial de Gestion. La Directrice a répondu que l'étude en question avait été payée par l'argent budgétisé pour les postes vacants qui n'avaient pas été remplis.

266. Le Comité exécutif était résolument d'avis qu'un projet supplémentaire devait être créé, 3.C, « Renforcement de la capacité de l'Organisation à se conformer aux NCISP pour 2010. » Il était convenu que le coût de ce projet serait de \$300.000. Le Comité a fait part de son appui ferme à tout le groupe de projets d'amélioration des installations, 4.A à 4.F, qui étaient décrits comme étant pratiques et bien définis, et qui donneraient des résultats concrets prometteurs sur une période relativement courte.

267. Enfin, le Comité a suggéré que les États Membres soumettent des propositions additionnelles, spécifiques aux pays à être financées par l'excédent du budget. Un scénario possible était que ces projets soient examinés par le Sous-Comité des Programmes, du Budget et de l'Administration en mars 2009 et, si approuvés par le Sous-Comité, soumis à l'approbation par le Conseil directeur au mois de septembre suivant. Un délégué a indiqué que son pays émettrait une proposition sur une partie de l'excédent à dépenser sur des programmes de prévention et de contrôle des maladies chroniques non transmissibles.

268. Le Comité exécutif a adopté la résolution CE142.R8 sur ce point, recommandant que le Conseil directeur approuve sept projets dans leur entièreté et la phase initiale de six projets supplémentaires.

Questions concernant le personnel

Ratification des amendements apportés au Règlement et au Statut du personnel du BSP (document CE142/31)

269. Le Dr Osvaldo Salgado (Représentant du Sous-Comité des Programmes, du Budget et de l'Administration) a indiqué que le Sous-Comité était généralement satisfait avec les amendements proposés apportés au Règlement et au Statut du personnel, mais avait proposé plusieurs changements et avait demandé pourquoi le Secrétariat proposait d'abolir l'augmentation à l'intérieur de la classe pour prime de mérite, qui pouvait servir d'incitation à une plus grande productivité et une meilleure performance (voir le Rapport final de la deuxième session du Sous-Comité, document SPBA2/FR, paragraphes 93-95). Après avoir entendu les explications de plusieurs membres du Secrétariat, le Sous-Comité a approuvé les amendements proposés et a convenu de soumettre au Comité exécutif la résolution proposée contenue dans le document CE142/31.

270. Dans la discussion qui a suivi, la Déléguée des États-Unis d'Amérique a informé que sa délégation était prête à accepter tous les amendements proposés, à l'exception de l'amendement à l'article 1040.2 du Règlement du personnel, concernant la fin de service, qu'elle considérait trop généreux et éventuellement incompatible avec les intérêts de l'Organisation, car il pouvait mener à une situation dans laquelle une femme qui commençait son congé de maternité une semaine avant la fin de son contrat recevrait l'entièreté de son salaire et des indemnités tout au long de la période de congé.

271. Mme Dianne Arnold (Gérante de Domaine, Gestion des Ressources humaines, OPS) a expliqué que l'intention du changement était de préciser les indemnités auxquelles un membre du personnel avait droit au titre d'un article existant du Règlement, qui prévoyait que lorsque le contrat d'un membre du personnel devait arriver à expiration durant une période de congé de maternité, paternité ou adoption, le contrat pouvait être prolongé pour une période déterminée par le Bureau et sous des conditions établies par ce dernier. À son titre d'institution de la santé, l'OPS considérait qu'il était très important d'assurer que tous les employés aient une couverture d'assurance maladie appropriée. Si une employée commençait le congé de maternité alors qu'elle travaillait pour l'Organisation, le Secrétariat estimait qu'il serait inapproprié de mettre fin au contrat de l'employée, et par conséquent à sa couverture d'assurance maladie, avant la fin du congé de maternité du membre du personnel.

272. La Directrice a noté qu'en 2007, la délégation des États-Unis avait demandé que le Secrétariat précise l'article 1040.2 du Règlement du personnel. L'objectif du Secrétariat en révisant l'article avait été d'assurer qu'il serait appliqué de manière égale dans tous les cas.

273. La Déléguée des États-Unis a indiqué que ni l'article actuel ni l'amendement proposé étaient cohérents avec les conditions de service établies pour le système commun des Nations Unies. Ceci étant le cas, sa délégation préférerait conserver la formulation actuelle, plutôt vague de l'article, qui permettrait au Secrétariat d'exercer quelque discrétion quant à son application. Le Délégué du Chili a observé que parfois un degré de flexibilité était permis, mais quand les articles du Règlement étaient trop vagues, ils étaient sujets à interprétation et il était difficile d'assurer qu'ils seraient toujours appliqués équitablement. Il a demandé si l'Association du personnel avait été consultée sur les dispositions de l'article 1040.2 du Règlement. Le Délégué du Canada a souligné que le Règlement du personnel de l'OPS devait être clair, transparent et cohérent avec celui de l'OMS.

274. La Directrice a réitéré que l'article 1040.2 du Règlement du personnel existait déjà et a indiqué que les indemnités prévues au titre de cet article avaient été convenus avec l'Association du personnel. Aucune indemnité nouvelle n'était proposée. L'amendement cherchait simplement à préciser comme l'article existant serait appliqué.

275. Le Comité a adopté la résolution CE142.R7, confirmant tous les amendements apportés au Règlement du personnel, à l'exception de l'amendement à l'article 1040.2, et recommandant que le 48^e Conseil directeur approuve l'amendement proposé apporté à l'article 4.3 du Statut du personnel 4.3.

Mise en œuvre de la réforme contractuelle des Nations Unies à l'OPS : Rapport d'avancement (document CE142/32)

276. Le Dr Osvaldo Salgado (Représentant du Sous-Comité des Programmes, du Budget et de l'Administration) a fait rapport de la discussion du Sous-Comité sur les changements proposés au régime d'assurance maladie du personnel de l'OPS, notant que la majorité des membres étaient d'accord que les indemnités d'assurance de l'OPS devaient être alignées sur celles de l'OMS et que l'OPS, à son titre d'organisation de la santé, avait une responsabilité d'assurer que tous les membres du personnel avaient une couverture d'assurance maladie. Une déléguée toutefois, avait considéré la décision de mettre en œuvre la réforme contractuelle précipitée et inappropriée, et avait recommandé qu'aucune action ne soit prise jusqu'à la 142^e session du Comité exécutif. Suite à des explications et des précisions fournies par la Conseillère juridique, la Gérante de Domaine des Ressources humaines et la Directrice, le Sous-Comité a par la suite approuvé la proposition d'élargir les indemnités d'assurance au personnel à court terme.

277. Dans la discussion qui a suivi, la Déléguée des États-Unis d'Amérique a noté que l'Assemblée générale des Nations Unies avait décidé, lors de sa 62^e session, de continuer à considérer la question des modalités contractuelles et des conditions de service lors de sa 63^e session. Sa délégation pensait que la question de la réforme contractuelle à l'OPS devait être réexaminée après que l'Assemblée générale ait conclu ses discussions en la matière. Elle a mis l'accent sur le besoin de cohérence des politiques du personnel dans l'ensemble du système commun des Nations Unies. Faisant référence au paragraphe 7 du document CE142/32, elle a demandé des informations supplémentaires sur les politiques et les procédures que préparait le Secrétariat afin de mettre en œuvre les réformes contractuelles à l'OPS. En particulier, elle voulait savoir comment le Secrétariat déterminerait quels membres du personnel recevraient des contrats à durée déterminée ou des contrats à durée indéterminée. Selon elle, la détermination du type contractuel devait être basée strictement sur les besoins de l'Organisation, et non sur les caractéristiques ou la durée de service de la personne occupant un poste particulier.

278. Mme Dianne Arnold (Gérante de Domaine, Gestion des Ressources humaines, OPS) a reconnu que l'Assemblée générale des Nations Unies avait adopté une résolution (A/RES/62/248) dans laquelle elle décidait de poursuivre la considération de la question des modalités contractuelles et des conditions de service comme une question prioritaire dans la partie principale de sa 63^e session, dans l'optique de la mise en œuvre de ces nouvelles modalités et conditions le 1^{er} juillet 2009. Au vu de la résolution, et au vu de la reconnaissance explicite par le Secrétaire général des Nations Unie que des fonds et des programmes spéciaux auraient la flexibilité de mettre en œuvre la réforme contractuelle d'une façon qui tiendrait compte de ses besoins opérationnels spécifiques, le Secrétariat de l'OPS estimait qu'à son titre d'agence spécialisée, il devait maintenant être en mesure d'aller de l'avant avec la mise en œuvre de la réforme contractuelle telle qu'approuvée par le Comité exécutif lors de sa 140^e session en juin 2007. Le Secrétariat proposait d'introduire ce thème à la 143^e session du Comité en octobre 2008. Dans le même temps, il accueillerait avec plaisir l'opportunité de dialoguer avec tout État Membre intéressé en la matière.

279. En ce qui concernait les mesures que le Secrétariat prenait pour la mise en œuvre de la réforme contractuelle, l'OPS avait introduit des plans des ressources humaines en 2007. Tous les administrateurs avaient été tenus d'identifier les besoins en personnel et les fonctions de chaque poste au sein de leurs domaines respectifs de responsabilité. Les décisions concernant le type et la durée du contrat seraient prises en conformité avec les besoins programmatiques de l'Organisation. Le Secrétariat appliquerait trois critères lors de la décision de renouveler un contrat de durée déterminée ou de le convertir en contrat de durée indéterminée : disponibilité de financement pour le poste en question, s'il y avait ou non un besoin continu pour la série de compétences associées au poste, et la performance du membre du personnel concerné.

280. La Directrice a indiqué que l'objectif principal de l'initiative de réforme contractuelle était de simplifier le système actuel en réduisant le nombre des différents types de contrats et de rendre le processus plus efficace et juste. La réforme ne comporterait pas d'indemnités spéciales du personnel.

281. Le Comité exécutif a pris note du rapport.

Déclaration du Représentant de l'Association du personnel de l'OPS/OMS (document CE142/33)

282. En introduisant le document CE142/33, le Dr Ballayram (Représentant de l'Association du Personnel de l'OPS/OMS), a mis en avant les principales questions que l'Association du personnel souhaitait porter à l'attention du Comité dans les six domaines suivants : réforme contractuelle, réorganisation de l'OPS et processus consultatifs avec l'Association du personnel, le Système d'intégrité et de règlement des conflits,

développement du personnel pour assurer un personnel de qualité élevée, procédures de recrutement et de sélection, système de promotion et de primes, relations personnel/direction, et équilibre travail/vie de famille. Les préoccupations de l'Association du personnel concernant chacune de ces questions étaient décrites dans le document.

283. Le retard dans la mise en œuvre de la réforme contractuelle à l'OPS avait eu pour résultats des écarts entre les politiques et les règlements des ressources humaines de l'OPS et de l'OMS et avait créé un fardeau administratif inutile sur le Domaine de la Gestion des Ressources humaines, le détournant de sa véritable mission, qui était de planifier et gérer les ressources humaines de l'Organisation afin de réaliser les objectifs du Plan stratégique 2008-2012. L'Association du personnel estimait que la mise en œuvre des réformes proposées, en particulier celles portant sur le suivi et le contrôle, aurait pour résultats une plus grande transparence, une responsabilité gestionnaire et administrative renforcée, une meilleure planification des ressources humaines et un traitement plus équitable du personnel de l'OPS.

284. En ce qui concernait la réorganisation de l'OPS et les processus consultatifs, il a noté qu'en plus des questions mentionnées dans le document CE142/33, des changements administratifs se produisaient actuellement au Centre d'épidémiologie des Caraïbes et à l'Institut d'Alimentation et de Nutrition des Caraïbes. L'Association du personnel estimait qu'elle devait faire partie intégrante de ces processus de réorganisation. L'Association du personnel appréciait la reconnaissance par l'Organisation de l'importance d'un partenariat entre le personnel et l'administration et son appui aux activités de l'Association du personnel, y compris les récentes activités de formation pour les représentants de l'Association.

285. L'Association du personnel avait fait des contributions importantes au développement du Système d'intégrité et de règlement des conflits, qui offrait des mécanismes pour résoudre les conflits de travail et assurer le bien-être général sur les lieux de travail. Il a assuré le Comité que l'Association du personnel continuerait à travailler étroitement avec l'Administration afin d'améliorer le Système.

286. Enfin, l'Association du personnel appuyait l'exécution par l'OPS d'un projet d'équilibre travail/vie de famille et accueillait toutes les initiatives destinées à promouvoir la santé et le bien-être du personnel, à créer des atmosphères environnementalement conviviales, et à appuyer les familles et les communautés. L'Association du personnel a demandé au Comité exécutif d'approuver les idées, propositions et recommandations contenues dans son rapport.

287. Le Comité exécutif a remercié le Dr Ballayram de sa déclaration et a pris note du rapport.

Questions d'information

Budget programme biennal 2006-2007 de l'Organisation panaméricaine de la Santé : Rapport d'évaluation de la performance (document CE142/INF/1, Rév. 1)

288. Le Dr. Osvaldo Salgado (Représentant du Sous-Comité des Programmes, du Budget et de l'Administration) a informé que le Sous-Comité avait estimé que le rapport d'évaluation de la performance du budget programme biennal 2006-2007 offrait un bon résumé des résultats réalisés dans la période biennale 2006-2007, mais avait fait plusieurs suggestions pour amélioration, y compris l'addition d'information supplémentaire sur les défis rencontrés et les enseignements tirés dans chaque domaine de travail, la méthodologie utilisée pour évaluer les pourcentages de réalisation, une analyse plus approfondie des raisons pour lesquelles les résultats budgétaires et programmatiques n'avaient pas été atteints dans certains domaines, et une évaluation des résultats réalisés au titre de la composante sous-régionale du budget. Au cours de la réunion virtuelle tenue le 30 avril 2008, le Sous-Comité avait été informé que les commentaires reçus des États Membres pendant et à la suite de la deuxième session du Sous-Comité en mars avaient été incorporés dans une nouvelle version du rapport. L'information sur un nombre d'indicateurs avait également été ajoutée, ainsi qu'une section « enseignements tirés » et une analyse sous-régionale.

289. Le Comité exécutif a bien accueilli les améliorations apportées au rapport en réponse aux suggestions du Sous-Comité. Les délégués ont estimé que la version révisée facilitait de beaucoup la comparaison des fonds affectés avec les dépenses réelles. Ils se préoccupaient toutefois du fait de l'absence apparente d'information sur l'impact des projets internes financés par les Gouvernements Membres, en particulier en raison de l'envergure de ce financement (\$61 millions, 47% du montant total reçu « d'autres sources » au cours de la période biennale 2006-2007). Ils se préoccupaient également de l'emploi des lettres d'accord pour transférer des montants d'argent importants à des tiers pour l'exécution de projets et des faiblesses du contrôle et de la supervision de ces fonds par l'OPS une fois qu'ils avaient été transférés. Dans le même temps, ils soulignaient qu'il ne fallait pas permettre que le suivi et l'évaluation, tout en étant indiscutablement importants, absorbent une proportion excessive du financement des projets, réduisant ainsi le montant disponible pour l'exécution réelle des projets.

290. Le Dr Isafas Daniel Gutiérrez (Gérant de Domaine, Planification, Budget, et Coordination des Ressources, OPS) a indiqué que l'information sur l'impact des projets internes financés par les Gouvernements Membres était comprise dans le rapport; toutefois, du fait que les instruments de planification utilisés dans la période biennale

2006-2007 n'avaient pas été entièrement alignés, il serait difficile de ventiler cette information et de montrer comment ces projets avaient contribué aux résultats escomptés spécifiques identifiés dans le Plan stratégique 2003-2007. Le problème de l'alignement avait maintenant été résolu. Il a noté qu'un complément d'information sur l'alignement des instruments de planification serait fourni lors d'un briefing technique informel sur la gestion axée sur les résultats, tenu lors de la semaine de la 142^e session du Comité.

291. Le Secrétariat révisait la lettre d'accord modèle afin d'assurer que lorsque l'argent était transféré à une contrepartie pour l'exécution d'un projet, ces fonds étaient toujours liés aux résultats escomptés au niveau de la région concernée. Il serait donc plus facile de montrer comment les projets financés par des sources autres que le budget ordinaire, y compris les projets internes financés par les États Membres, avaient contribué à la réalisation des objectifs du Plan stratégique 2008-2012.

292. La Directrice a indiqué que l'OPS avait une longue tradition de gestion de fonds de donateurs pour l'exécution de projets dans les États Membres. Elle avait toujours suivi attentivement le financement et les rapports des projets d'un point de vue comptable, et les projets financés par des fonds extrabudgétaires avaient toujours été examinés pour assurer qu'ils étaient de bonne qualité et qu'ils étaient compatibles avec les politiques et les objectifs de l'Organisation. Toutefois, du fait que l'OPS avait eu essentiellement deux systèmes séparés pour la programmation et la planification, un pour les fonds du budget (programme) ordinaire et un pour les fonds extrabudgétaires (projets), il avait été difficile de montrer comment les projets étaient alignés sur le Plan stratégique. L'Organisation avait maintenant un système différent, dans lequel le programme et le budget étaient gérés comme un tout unifié, indépendamment de la source des fonds, et les projets étaient traités comme des composantes du programme d'ensemble.

293. L'OPS avait également renforcé sa capacité de suivi et évaluation, ajoutant pour la première fois de son histoire, une fonction d'évaluation indépendante au sein de l'Organisation. Elle avait également amélioré le processus de préparation des projets, en particulier en ce qui concernait le coût. Les coûts directs, indirects et récurrents étaient maintenant compris dans les protocoles d'accord signés avec les gouvernements, et le renforcement de la capacité était incorporé dans la conception du projet afin d'assurer que les gouvernements pouvaient gérer leurs propres fonds et projets. En outre, la capacité du Domaine de Planification, Budget et Coordination des Ressources, qui était responsable de l'examen de tous les projets financés par des fonds ne venant pas du budget ordinaire, avait été renforcée afin d'assurer que tous les projets étaient conformes au Plan stratégique.

294. En conclusion, elle a noté que la supervision de l'exécution des projets coûtait cher à l'Organisation. Par conséquent, elle entendait conserver le taux de 13% que l'OPS imputait aux coûts pour l'appui aux projets, afin d'assurer que l'Organisation ne finisse pas par subventionner les projets avec ses propres ressources, y compris ses ressources humaines.

295. Le Comité exécutif a pris note du rapport.

Quinzième réunion interaméricaine, à niveau ministériel, sur la Santé et l'Agriculture (RIMSA) : Rapport préliminaire (documents CE142/INF/2 et Add. I)

296. Le Dr Albino Belotto (Directeur, Centre panaméricain de la Fièvre aphteuse) a informé sur les résultats de la 15^e réunion interaméricaine, à niveau ministériel, sur la Santé et l'Agriculture (RIMSA 15), tenue à Rio de Janeiro, au Brésil, les 11 et 12 juin 2008. Il a noté que pour la première fois, la réunion avait été organisée conjointement par l'OPS et l'Institut interaméricain pour la Coopération en Agriculture (IICA). Vingt-neuf États Membres de l'OPS et 10 organisations internationales avaient participé à la réunion. Le thème global de la réunion avait été « Agriculture et Santé : Alliance pour l'Équité et le Développement rural dans les Amériques. »

297. Le format de la réunion avait quelque peu différé de celui des réunions RIMSA antérieures. Elle avait commencé par une session d'ouverture, au cours de laquelle les rapports de la 11^e Réunion du Comité hémisphérique pour l'éradication de la fièvre aphteuse (COHEFA) et de la 5^e Réunion de la Commission panaméricaine pour la sécurité alimentaire (COPAIA) avaient été discutés. La session d'ouverture avait été suivie par le Forum Agro-Santé, qui avait proposé trois discussions de panel sur la santé et des thèmes agricoles. La réunion s'était terminée par un Caucus de Ministres, dans lequel les ministres de la santé et de l'agriculture avaient adopté la Déclaration de Rio de Janeiro. La Déclaration n'avait pas encore été émise sous sa forme finale en raison d'un manque d'accord sur deux points. Les États Membres avaient été invités à soumettre leurs commentaires sur la Déclaration dans le but d'atteindre un consensus sur la formulation finale. La période pour envoyer les commentaires se terminerait le 15 juillet. La Déclaration se trouvait sur le site web de RIMSA 15 (http://www.panaftosa.org.br/Comp/Eventos/rimsa_15_novo/english/default_i.html)

298. La Déclaration exprimait, inter alia, l'intérêt des ministres à voir son contenu, et les engagements qu'elle contenait, approuvés par les chefs d'état et de gouvernement de l'hémisphère au Cinquième Sommet des Amériques (également discuté par le Comité lors de la 142^e session, voir paragraphes 325 à 329 ci-dessous). Le Comité exécutif était prié de demander à la Directrice de soumettre le texte final de la Déclaration au 48^e Conseil directeur de l'OPS et d'aller de l'avant avec les négociations avec le Secrétaire

général de l'OEA pour que la Déclaration soit inscrite à l'ordre du jour du Cinquième Sommet des Amériques.

299. Dans la discussion qui a suivi, les délégués ont fait part de leur appréciation à l'OPS et à l'IICA pour avoir organisé la réunion et ils ont remercié le Gouvernement du Brésil pour son appui financier et logistique et son hospitalité. Ils ont noté que la réunion de COPAIA, tenue immédiatement avant RIMSA 15, avait traité un nombre de questions qui n'étaient pas, à proprement parler, liées à la sécurité alimentaire, et ils ont suggéré que le mandat de la Commission devait peut-être être élargi pour inclure la nutrition et les thèmes apparentés. En ce qui concernait la Déclaration de Rio de Janeiro, les membres ont demandé ce qui se passerait si le consensus n'avait pas été atteint au 15 juillet et ils ont demandé des précisions sur la procédure portant sur la Déclaration au sein des Organes directeurs de l'OPS.

300. Le Délégué du Canada a indiqué que sa délégation n'avait pas d'objection au paragraphe 6 de la Déclaration. Il considérait toutefois que le paragraphe ne se rapportait pas aux questions discutées à RIMSA 15 et qu'il allait bien au-delà du mandat de RIMSA, et demandait par conséquent qu'il soit retiré.

301. La Directrice a expliqué que la Déclaration était un document interministériel similaire à la Déclaration de Mérida adoptée lors de la Réunion des Ministres de la Santé des Amériques sur la prévention de la violence et des traumatismes (voir paragraphes 304 à 310 ci-dessous). En tant que telle, ce n'était pas un résultat des processus de gouvernance de l'OPS. Toutefois, la Déclaration faisait quelques demandes à l'OPS, et il serait par conséquent nécessaire de préparer un document substantiel décrivant les rôles d'assistance technique que RIMSA 15 avait demandé à l'OPS de jouer en ce qui concernait les divers thèmes discutés lors de la réunion, ainsi qu'une résolution proposée établissant les recommandations pour les États Membres et les mandats pour le Secrétariat. Le document et la résolution proposée seraient alors soumis au 48^e Conseil directeur pour action. Elle a souligné qu'il ne serait pas demandé au Conseil d'adopter ou d'approuver la Déclaration elle-même, car elle contenait également des mandats pour d'autres organisations. La résolution ne porterait que sur des matières qui relevaient de la compétence de l'OPS en tant qu'organisation sanitaire.

302. Quant à ce qui arriverait si le consensus n'était pas atteint sur la formulation finale de la Déclaration, elle a indiqué que les pays pouvaient choisir de se dissocier de certaines phrases ou de certains paragraphes.

303. Il a été convenu que ce point serait soumis au 48^e Conseil directeur en tant que Question relative à la politique du programme et que le Secrétariat préparerait un document et une résolution proposée, comme indiqué par la Directrice.

Rapport de la réunion des Ministres de la Santé des Amériques sur la prévention de la violence et des traumatismes (document CE142/INF/3)

304. Le Dr Luiz Galvão (Gérant de Domaine, Développement durable et Santé environnementale, OPS) a résumé le rapport de la première réunion des Ministres de la Santé des Amériques sur la prévention de la violence et des traumatismes, qui s'est tenue le 14 mars 2008 à Mérida, Yucatán, Mexique. Le rapport contenait également des informations sur deux autres réunions tenues en conjonction avec la réunion des Ministres : la deuxième réunion mondiale des points focaux du Ministère de la Santé pour la prévention de la violence et des traumatismes, convoquée par l'Organisation mondiale de la Santé et la 9^e Conférence mondiale sur la prévention des traumatismes et la promotion de la sécurité, convoquée également par l'OMS et organisée par l'Institut national de santé publique et le Centre pour la recherche en santé de la population du Mexique.

305. Le résultat technique et politique de la réunion des Ministres, la Déclaration ministérielle sur la prévention de la violence et des traumatismes dans les Amériques (« la Déclaration de Mérida »), portait principalement sur les causes de la violence et des traumatismes plutôt que sur les conséquences, parce que les causes pouvaient être prévenues. Elle mettait l'accent sur le besoin d'études de coût pour vérifier l'impact économique de la violence et des traumatismes, ainsi que sur la recherche pour déterminer les circonstances spécifiques dans lesquelles les traumatismes et les actes violents se produisaient afin d'entreprendre des mesures préventives intersectorielles. La Déclaration mettait également en avant la prévalence élevée de violence intrafamiliale et ses effets graves sur la santé et le développement, et elle soulignait l'importance de la coopération et de la collaboration entre pays pour mettre un frein à la violence et prévenir ses effets négatifs sur la santé de leurs populations. Des copies de la Déclaration de Mérida étaient distribuées aux membres du Comité.

306. Dans la discussion qui a suivi la présentation du Dr Galvão, le Délégué du Mexique a noté que la Déclaration de Mérida mettait en relief le rôle des Ministères de la Santé en abordant le problème de la violence et des traumatismes. Elle soulignait également le besoin d'une forte volonté politique afin de s'attaquer au problème. Son Gouvernement estimait que la Déclaration devait être largement disséminée et rendue publique, et il proposait par conséquent que le Comité adopte une résolution en la matière et soumette le point au 48^e Conseil directeur dans le but d'augmenter la visibilité de cette question sur les agendas publics et de mobiliser un plus grand appui financier et technique pour la prévention de la violence et des traumatismes.

307. D'autres membres du Comité ont appuyé la proposition du Mexique, étant d'accord sur le besoin d'augmenter la visibilité de la violence en tant que problème de santé publique et d'accroître le financement pour des initiatives de prévention de la

violence. Un membre a observé que la Déclaration n'était pas seulement une déclaration politique sur la question, elle avançait également un agenda opérationnel pour répondre à ce problème.

308. Le Dr Heidi Jiménez (Conseillère juridique, OPS) a noté que le rapport sur la réunion des Ministres était un document d'information et que des résolutions ne pouvaient pas être adoptées sur des points d'information. Toutefois, une résolution n'était pas nécessaire pour que le Comité soumette ce point au 48^e Conseil directeur. Le point pouvait être placé dans l'ordre du jour du Conseil comme une Question relative à la politique du programme, et le Conseil pourrait alors, s'il le souhaitait, adopter une résolution approuvant la Déclaration.

309. La Directrice a indiqué que si le Comité choisissait de soumettre ce point au Conseil directeur, le Secrétariat préparerait un document substantiel et rédigerait une résolution proposée.

310. Le Comité a approuvé cette ligne de conduite et remercié le Gouvernement du Mexique d'avoir accueilli la réunion.

Groupe de travail intergouvernemental sur la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle (document CE142/INF/4)

311. Le Dr José Luis Di Fabio (Gérant de Domaine, Technologie, Soins de Santé et Recherche, OPS) a passé en revue le travail du Groupe de travail intergouvernemental, qui a abouti à l'adoption, en mai 2008, de la résolution WHA61.21 par la soixante-et-unième Assemblée mondiale de la Santé, qui avait approuvé la Stratégie mondiale et le plan d'action sur la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle. Il a souligné que le thème couvrait beaucoup plus que la propriété intellectuelle, y compris des questions relatives à la recherche et au développement et à l'accès aux médicaments et autres produits sanitaires. Les pays des Amériques avaient apporté une contribution précieuse au travail du Groupe de travail intergouvernemental et à la réalisation d'un consensus sur la Stratégie mondiale et le plan d'action. L'OPS avait appuyé le processus en aidant à organiser des consultations sous-régionales et régionales et à préparer la documentation.

312. Pour ce qui était de la mise en œuvre de la Stratégie mondiale et le plan d'action dans les Région, les activités étaient déjà en cours dans le cadre d'un nombre de mandats apparentés émanant des Organes directeurs de l'OPS, dont de récentes résolutions sur l'accès aux médicaments (CD45.R7) et sur le Plan stratégique régional pour le VIH/SIDA/IST, 2006-2015 (CD46.R15). De plus, tous les objectifs stratégiques du Plan stratégique 2008-2012 de l'Organisation abordaient les questions liées à la Stratégie mondiale, comme le faisait l'Agenda de la Santé pour les Amériques 2008-2017. L'OPS

entendait disséminer la stratégie parmi les parties prenantes concernées dans les Amériques, adapter la stratégie à la perspective régionale, l'incorporer dans les programmes et stratégies de pays existants et continuer à assurer la coopération technique afin de systématiquement mettre en œuvre la stratégie. Elle suivrait et évaluerait également la mise en œuvre de la stratégie.

313. Le Comité exécutif a accueilli favorablement la Stratégie mondiale et le plan d'action et le consensus difficilement gagné sur leur adoption. Le rôle très utile de l'OMS et de l'OPS aidant à conclure un accord entre États Membres dont les opinions différaient largement a été mis en relief. Le Comité a noté que certains aspects du Plan d'action restaient à convenir, mais qu'il fournissait néanmoins une base solide pour action immédiate. Il a attiré l'attention sur le paragraphe 4(6) de la résolution WHA61.21, qui recommandait une mise en œuvre immédiate des éléments de la Stratégie et du plan qui relevaient de la responsabilité de l'OMS, et sur le paragraphe 15 de la Stratégie mondiale qui reconnaissait le rôle stratégique et central de l'OMS dans la relation entre santé publique et innovation et propriété intellectuelle. L'importance de la mise sur pied du groupe de travail d'experts mentionnée au paragraphe 4(7) de la résolution a également été soulignée.

314. Le Comité a convenu que ce point devait être soumis au Conseil directeur et a demandé au Secrétariat de préparer un document et une résolution proposée, identifiant les besoins et les priorités régionaux concernant les divers éléments de la Stratégie mondiale et décrivant l'approche adoptée pour sa mise en œuvre dans la Région. Les délégués ont prévenu toutefois que la discussion au sein du Conseil ne devait pas ouvrir à nouveau le débat sur le texte de la Stratégie, et ont souligné que l'approche régionale de sa mise en œuvre devait être pratique et axée sur l'action.

315. La Directrice a indiqué qu'en consultation avec les États Membres, le Secrétariat préparerait un document et une résolution proposée pour considération par le 48^e Conseil directeur, présentant un cadre régional pour la mise en œuvre de la Stratégie mondiale et du plan d'action. Dans cette tâche, il chercherait à mettre en évidence les parties pertinentes du Plan stratégique 2008-2012 et étudierait la façon d'utiliser les réseaux, forums et institutions existants dans la Région. Le rôle que pourrait jouer le Fonds renouvelable de l'OPS pour les fournitures stratégiques en santé publique (plus connu sous le nom de « Fonds stratégique ») serait également examiné. Reconnaissant que l'OPS avait déjà reçu un engagement initial d'appui du Gouvernement du Brésil qu'elle remerciait, elle a encouragé les États Membres à travailler avec le Secrétariat pour identifier et mobiliser des sources de financement qui permettraient à l'Organisation de mener à bien son travail en réponse au nouveau mandat fourni par la résolution WHA61.21.

316. Il a été convenu que ce point serait inscrit à l'ordre du jour du 48^e Conseil directeur en tant que Question relative à la politique du programme et que le Secrétariat préparerait un document et une résolution proposée, gardant à l'esprit les commentaires et opinions des membres du Comité et tout autre apport reçu des États Membres.

Résolutions et autres mesures prises par la soixante-et-unième Assemblée mondiale de la Santé revêtant un intérêt pour le Comité exécutif de l'OPS (document CE142/INF/5)

317. Le Dr Hugo Prado (Gérant de Domaine par intérim, Relations extérieures, Mobilisation des Ressources et Partenariats, OPS) a présenté le document sur ce point, notant qu'il contenait deux parties. La première résumait les résultats de la soixante-et-unième Assemblée mondiale de la Santé (WHA) et la 123^e session du Conseil exécutif de l'OMS. La deuxième partie, un tableau indiquant les résolutions de l'Assemblée mondiale et résolutions et documents apparentés des Organes directeurs de l'OPS, était toujours un travail en cours parce que les résolutions de WHA n'avaient été publiées sous leur forme finale que peu de temps avant l'ouverture de la 142^e session du Comité. Une colonne serait ajoutée au tableau pour montrer les actions devant être prises par l'OPS par rapport aux résolutions et recommandations de l'Assemblée mondiale de la Santé. Le tableau comportait 12 résolutions sur des points techniques et de politique sanitaire et sept résolutions sur des points administratifs et budgétaires.

318. Le Comité exécutif a remercié le Dr Prado et pris note du rapport.

Résolutions et autres mesures prises par la trente-huitième session ordinaire de l'Assemblée générale de l'Organisation des États américains revêtant un intérêt pour le Comité exécutif de l'OPS (document CE142/INF/6)

319. Le Dr Hugo Prado (Gérant de Domaine par intérim, Relations extérieures, Mobilisation des Ressources et Partenariats, OPS) a introduit le document CE142/INF/6, en disant que tenant compte d'une recommandation de la deuxième session du Sous-Comité des Programmes, du Budget et de l'Administration, le document portait exclusivement sur les résolutions et autres mesures de l'Assemblée générale de l'OEA qui avaient un lien avec la santé. Sur le total de près de 100 résolutions adoptées par la trente-huitième session ordinaire, le Secrétariat en avait sélectionné 11 qui avaient un lien avec la santé et qui étaient directement liées aux activités de l'OPS. Outre les résolutions, l'Assemblée générale avait adopté la Déclaration de Medellín sur la « Jeunesse et Valeurs démocratiques, » qui avait été le thème de la trente-huitième session ordinaire. La déclaration, qui était jointe au document CE142/INF/6, abordait un nombre de questions relatives à la santé des adolescents et des jeunes. Il a remarqué que l'adoption d'une déclaration de haut niveau portant sur les préoccupations de la santé adolescente ouvrait de nombreuses opportunités de coordination et de coopération en la matière parmi les diverses institutions du système interaméricain dont l'OPS faisait partie. Le Comité

exécutif a été invité à offrir des suggestions pour améliorer le contenu et le format du rapport.

320. La Directrice a noté que les questions appartenant à la jeunesse seraient également traitées lors du prochain Sommet des Amériques qui se tiendrait en avril 2009.

321. Le Comité a bien accueilli le rapport et a mis en avant l'importance de la coordination et de la coopération entre l'OEA et l'OPS. Il a observé que le manque de cette coordination et coopération entre organisations internationales aboutissait souvent à un suivi inadéquat des nombreuses résolutions et déclarations adoptées dans les forums internationaux. À cet égard, l'OPS était encouragée à examiner les synergies entre la Stratégie régionale sur la santé des adolescents et des jeunes et les activités à entreprendre en relation avec la Déclaration de Medellín.

322. Les délégués ont noté avec plaisir l'intérêt mutuel que portaient l'OEA et l'OPS à un nombre de thèmes liés à la santé, dont la prévention de la violence (résolution de l'OEA AG/RES. 2431 (XXXVIII-O/08) « Prévenir le crime et la violence dans les Amériques »), et mentionné deux résolutions additionnelles de l'OEA qui n'avaient pas été comprises dans le document CE142/INF/6, mais qui traitaient de thèmes dont s'occupait l'OPS : résolution AG/RES. 2371 (XXXVIII-O/08) « Mécanisme pour suivre l'exécution de la Convention interaméricaine sur la prévention, la punition et l'éradication de la violence contre les femmes – Convention de Belém do Pará » et résolution AG/RES. 2372 (XXXVIII-O/08) « Coordination de volontaires dans l'hémisphère en réponse aux catastrophes naturelles et la lutte contre la faim et la pauvreté – Initiative White Helmets Initiative. »

323. La Directrice a affirmé que l'Unité Genre, Ethnicité et Santé de l'OPS travaillait étroitement avec la Commission interaméricaine des femmes de l'OEA sur le problème de la violence contre les femmes et d'autres thèmes.

324. Le Comité exécutif a pris note du rapport.

Cinquième Sommet des Amériques : Rapport sur les préparatifs (document CE142/INF/7)

325. Le Dr Hugo Prado (Gérant de Domaine par intérim, Relations extérieures, Mobilisation des Ressources et Partenariats, OPS) a rappelé que l'OPS avait été impliquée dans le processus du Sommet depuis le premier Sommet des Amériques, qui s'était tenu en 1994. L'Organisation continuait à travailler étroitement avec l'OEA et avec les représentants des États Membres de l'OEA dans ce processus.

326. Passant au document CE142/INF/7, il a noté qu'il passait en revue l'histoire des Sommets des Amériques, expliquait les rôles des divers groupes et institutions intervenant dans le processus du Sommet, et donnait des informations sur les préparatifs du cinquième Sommet, qui se tiendrait du 17 à 19 avril 2009 à Trinité-et-Tobago. Le thème en serait « Préserver l'avenir de nos citoyens en promouvant la prospérité humaine, la sécurité énergétique et la durabilité de l'environnement. »

327. Le travail était en cours sur le projet de Déclaration d'engagement de Port of Spain, le document résultat du Sommet, qui serait circulé en juillet parmi les points focaux du Sommet dans tous les pays de la Région. La Déclaration couvrirait les domaines thématiques suivants, dont un nombre avait été discuté par le Comité exécutif lors de la 142^e session : développement humain et réduction de la pauvreté, y compris la santé, la nutrition, l'éducation et la violence criminelle; la croissance économique et la compétitivité; la sécurité énergétique et le développement durable, y compris le changement climatique et les catastrophes naturelles; et la démocratie, bonne gouvernance et droits humains. Le Secrétariat encourageait les autorités sanitaires nationales de la Région à travailler avec les ministères des affaires étrangères de leurs pays respectifs afin d'assurer que les questions liées à la santé étaient traitées de manière appropriée dans la Déclaration.

328. Le Délégué de Trinité-et-Tobago a remercié l'OPS et les pays de la Région de leur appui aux préparatifs du Sommet et a indiqué que son Gouvernement se réjouissait à la perspective d'accueillir cet événement.

329. Le Comité exécutif a pris note du rapport.

Rapport sur les Services de contrôle interne (document CE142/INF/9)

330. Le Dr Osvaldo Salgado (Représentant du Sous-Comité des Programmes, du Budget et de l'Administration) a indiqué que le Sous-Comité avait été informé en mars des mesures prises pour remédier aux pénuries de personnel dans les Services de contrôle interne de l'OPS. Alors que le Sous-Comité se réjouissait des progrès accomplis au niveau du recrutement, il avait fait part de sa déception concernant la brièveté du rapport et son échec à articuler clairement un plan de travail, demandant que l'information sur le plan de travail pour 2008 soit fournie au Comité exécutif à sa 142^e session. Le Sous-Comité avait exhorté le Secrétariat à exécuter les recommandations des Services de contrôle interne rapidement et intégralement, et dans le même temps avait insisté que le Bureau suive l'exécution. En particulier, le Sous-Comité avait considéré qu'une mesure immédiate devait être prise pour exécuter les recommandations concernant la gestion et le suivi des lettres d'accord.

331. Le Comité exécutif a fait part de sa préoccupation sur le fait que le poste de vérificateur interne principal restait vacant et a exhorté l'OPS d'agir rapidement pour remplir la position. Il a suggéré que, s'il n'était pas possible de remplir la position rapidement, le Secrétariat devait peut-être envisager de sous-traiter l'entièreté de la fonction de contrôle, une possibilité qui avait également été évoquée par le Commissaire aux Comptes. Les membres estimaient qu'afin d'assurer l'indépendance opérationnelle de la fonction de contrôle interne, les vérificateurs devraient faire rapport directement à la Directrice et aux Organes directeurs et devraient avoir le pouvoir de prendre des mesures et de déployer des ressources, ainsi qu'un accès libre à tous les dossiers et personnels. De plus, un comité d'audit composé d'experts extérieurs devrait être mis sur pied. Les délégués ont demandé des précisions sur le paragraphe 12 du document, qui disait que l'OPS allait « envisager les scénarios appropriés par lesquels elle pourrait divulguer les rapports d'audit et de contrôle internes aux États Membres de l'OPS. » Ils ont souligné que les rapport d'audit et de contrôle internes devraient être diffusés aux États Membres sur leur demande, dans leur forme originale et non revue et corrigée, sauf si ceci enfreignait la confidentialité individuelle ou risquait de violer le respect de la légalité. Ils ont également demandé quelles mesures le Secrétariat avait prises pour exécuter les recommandations sur le renforcement de la gestion et du suivi des lettres d'accord.

332. M. Pedro Blanco (Vérificateur, Services de Contrôle interne, OPS) a indiqué que le Bureau des Services de Contrôle interne travaillait avec l'Unité du Budget Programme pour suivre les lettres d'accord. Son bureau gardait le contact avec tous les représentants de l'OPS/OMS qui travaillaient avec des lettres d'accord. Ils étaient tenus de faire rapport sur les actions qu'ils avaient prises pour suivre l'exécution de ces instruments. Les vérificateurs internes se rendaient également dans les pays concernés pour vérifier que les mesures décrites avaient réellement été appliquées.

333. La Directrice a répété que de nouvelles directives sur la gestion des lettres d'accord seraient émises sous peu. Les nouvelles directives tenaient compte de toutes les observations du Commissaire aux Comptes. Elle a noté que les recommandations faites par les vérificateurs internes de l'OPS ou de l'OMS ou par le Commissaire aux Comptes pouvaient être adressées à l'entité qui avait été auditée, ou qu'elles pouvaient être des recommandations liées au système qui allaient au-delà de la responsabilité d'un administrateur individuel, ou qu'elles pouvaient être des recommandations se rapportant aux bureaux de pays ou aux centres de l'OPS. Les procédures étaient en place pour suivre l'exécution de toutes ces différentes sortes de recommandations. De plus, chaque fois qu'il y avait une transmission de responsabilité d'un administrateur à un autre, que ce soit au Siège ou dans un bureau de pays, toutes les recommandations faites lorsque l'administrateur sortant occupait la fonction étaient examinées avec soin pour assurer qu'elles avaient été exécutées. Les vérificateurs suivaient attentivement l'exécution de leurs recommandations, et les rapports d'audit n'étaient pas fermés jusqu'à ce que tous les recommandations aient été exécutées.

334. La recherche du vérificateur principal avait été extrêmement longue et complexe. Quatre candidats étaient arrivés au stade de l'entrevue finale, mais aucun n'avait été considéré comme le candidat idoine pour la position, même si l'un d'entre eux avait été engagé avec un contrat à court terme pour assister M. Blanco. Par la suite, sur la suggestion du vérificateur principal de l'OMS, la position avait été officiellement reclassée de P5 à D1. Le poste vacant avait été annoncé à nouveau, et il y avait maintenant quelques candidats très intéressants. Mme Dianne Arnold (Gérante de Domaine, Gestion des Ressources humaines, OPS) a indiqué qu'il y avait espoir que le processus entier de sélection soit terminé à la mi-août. La Directrice a ajouté que s'il avait vraiment impossible de trouver le bon candidat, l'OPS envisagerait en fait d'autres options, y compris la sous-traitance de la fonction de contrôle interne.

335. La suggestion d'avoir un comité d'audit avait d'abord été faite par le Commissaire aux Comptes il y avait plusieurs années. Comme elle l'avait mentionné précédemment, l'option consistant à utiliser les services de vérificateurs principaux d'autres organisations internationales à Washington, D.C., et à New York avait été étudiée. Ce comité pourrait fonctionner sur une base de réciprocité, ce qui réduirait les coûts connexes. Le Secrétariat espérait pouvoir faire une proposition sur un comité d'audit à la réunion de 2009 du Sous-Comité des Programmes, du Budget et de l'Administration.

336. En ce qui concernait la question de la divulgation des rapports d'audit et de contrôle internes, elle a indiqué qu'une fois que le Bureau des Services de contrôle interne était doté de son personnel au complet, le Secrétariat, avec l'appui du Commissaire aux Comptes et des Services de contrôle interne de l'OMS, serait en mesure de travailler sur une procédure appropriée de divulgation des rapports d'audit.

337. Le Comité a pris note du rapport.

Point sur l'engagement de l'OPS dans le Système mondial de gestion (GSM) de l'OMS (document CE142/INF/10)

338. Le Dr Osvaldo Salgado (Représentant du Sous-Comité des Programmes, du Budget et de l'Administration) a indiqué que le Sous-Comité avait considéré une version antérieure du rapport sur ce point et qu'il avait estimé que le document ne montrait pas clairement les avantages et les inconvénients pour l'OPS de faire partie ou de rester en dehors du Système mondial de gestion. Le rapport ne fournissait pas non plus d'information sur ce qu'il en coûterait à l'OPS de conserver ses systèmes existants tout en continuant à s'acquitter de ses obligations d'établissement des rapports pour l'OMS. Le Sous-Comité avait noté qu'une option sous considération était que l'OPS mette en œuvre une copie indépendante du Système mondial de gestion, et s'était informé pour

savoir si cette approche serait plus coût-efficace que la pleine intégration au système. Des questions avaient été soulevées quant au pourquoi de l'écart aussi large dans les estimations des coûts pour mettre le système en œuvre et si les avantages de l'alignement sur le système de l'OMS compenseraient définitivement les coûts. La faisabilité du calendrier pour la mise en œuvre du système avait également été mise en cause.

339. Le Comité exécutif avait généralement exprimé son appui à l'implication de l'OPS dans le Système mondial de gestion de l'OMS, que cette implication prenne la forme d'une intégration au système ou d'un alignement sur le système. Toutefois, le Comité a également reconnu qu'il y avait des différences dans les caractéristiques juridiques et de gouvernance des deux organisations dont il faudrait tenir compte. Rappelant que l'OPS s'était engagée en janvier 2008 à mettre en œuvre le Système mondial de gestion en 2013, que ce soit par intégration ou par alignement, le Comité a demandé si cette date était toujours la date cible, ou si certaines composantes—comme, par exemple, un nouveau système de traitements et salaires—serait mis en œuvre plus tôt.

340. Le Comité exécutif a demandé que les rapports des différents bureaux d'étude engagés pour étudier la question soient mis à la disposition des États Membres.

341. Une déléguée a noté que l'OMS utiliserait la plateforme du Système mondial de gestion pour introduire d'autres réformes de gestion et pour obtenir une réponse plus rapide à des événements sur le long terme au moyen du renforcement de l'automatisation, de la clarté et de l'intégration. Cela suggérait que l'alignement de l'OPS sur le Système mondial de gestion devait être plus profond qu'une simple adoption de principes d'alignement. Elle a exhorté l'OPS à prendre une vue à long terme, et concrètement d'entreprendre une étude comparative des coûts de l'alignement sur le Système mondial de gestion par rapport aux coûts de la pleine intégration au Système.

342. Un autre délégué a réitéré une préoccupation soulevée par le Sous-Comité des Programmes, du Budget et de l'Administration, à savoir que le Système mondial de gestion n'avait pas la capacité de la langue espagnole. Il a demandé des informations sur la probabilité d'une solution à ce problème. Il était également inquiet du fait que l'intégration au Système mondial de gestion pourrait avoir pour résultat une perte d'indépendance pour l'OPS. Au vu de ces deux inconvénients, il estimait qu'il fallait une analyse plus claire des avantages pour l'Organisation de l'implication, quelle qu'en soit la forme, dans le Système mondial de gestion.

343. Le Dr Daniel Gutiérrez (Gérant de Domaine, Planification, Budget et Coordination des Ressources, OPS) a dit que l'OPS observait étroitement l'expérience de l'OMS dans la mise en œuvre du Système mondial de gestion et essayait d'apprendre de cette expérience, en termes non seulement des résultats mais aussi de la façon par laquelle l'OMS menait à bien le processus de mise en œuvre. Le système existant de gestion d'entreprise de l'OPS était actuellement adéquat pour satisfaire les besoins de l'Organisation et de ses États Membres, mais comme l'avaient remarqué des membres du Comité exécutif, certaines composantes devraient être mises à jour dans un futur prévisible. Il a indiqué que le Secrétariat serait heureux de fournir les rapports des consultants aux États Membres, mais il a prévenu qu'alors que l'étude la plus récente avait analysé les implications pour l'OPS de l'adoption du programme entier du logiciel Oracle (sur lequel le Système mondial de gestion était basé), il y avait des options de rechange à considérer.

344. M. Timothy Brown (Services de Technologie de l'Information, OPS) a donné de plus amples détails sur les options ouvertes à l'OPS, notant que comme alternative à l'utilisation de l'ensemble d'Oracle, une organisation pouvait simplement utiliser une ou plusieurs portions du logiciel. Ce « choix de combinaisons » était parfaitement possible, même si elle impliquait des enjeux. Il serait donc réalisable pour l'OPS d'utiliser certains de ses propres systèmes en combinaison avec un module d'Oracle, mais il serait nécessaire d'assurer que les processus professionnels qui couvraient les domaines fonctionnels soient correctement intégrés. Il a précisé que le large éventail des coûts donnés pour la mise en œuvre du Système mondial de gestion se devait à la considération de deux scénarios possibles : le chiffre de \$16,5 millions provenait de l'utilisation des taux de consultants que l'OMS avait négociés en 2003 avec un programmeur de logiciels en Inde; le chiffre de \$38 millions était basé sur les taux habituels aux États-Unis.

345. M. Gamal Henry (Services de Technologie de l'Information, OPS) a décrit les résultats d'une mission à Genève par des membres de l'OPS pour examiner le Système mondial de gestion, au cours de laquelle il avait observé des forces mais aussi des faiblesses en termes de fonctionnalité que l'OPS (et d'autres bureaux régionaux) avaient, mais que le Système mondial de gestion n'avait pas. Notamment, le Système mondial de gestion n'avait pas la fonctionnalité d'appui aux pays qui était essentielle à la façon dont l'OPS travaillait. De plus, le GSM ne pouvait pas faire une place aux 16 objectifs stratégiques du Plan stratégique de l'OPS (trois de plus que dans le Plan stratégique à moyen terme de l'OMS), ce qui était un problème critique. Certains aspects du Système mondial de gestion offraient des avantages par rapport aux systèmes actuels de l'OPS et pouvaient être adoptés immédiatement sans fabrication sur mesure, mais d'autres avaient des lacunes considérables, et il était par conséquent essentiel de procéder avec prudence afin d'éviter d'interrompre la fonctionnalité à l'OPS.

346. Le Dr Gutiérrez a souligné que l'OPS s'était engagée à une sorte d'interaction avec le Système mondial de gestion. Le Secrétariat analysait les principes sous-tendant le système, et les processus professionnels et les règles professionnelles qu'il contenait. Il a rappelé que son département avait présenté une proposition de projet pour utiliser une partie de l'excédent budgétaire de 2006-2007 pour poursuivre cette analyse.

347. La Directrice a noté que l'OMS avait déjà investi bien plus de \$100 millions dans le Système mondial de gestion, la plus grande proportion ayant été dépensée au développement de la fonction gestion de programme, mais qu'il ne comprenait toujours pas une composante pays. Le système de l'OPS (AMPES) offrait déjà une composante gestion de programme bien développée, adaptée à ses besoins spécifiques, y compris ceux au niveau de pays.

348. Elle a remarqué que, pour autant que le savait l'OPS, le Système mondial de gestion n'avait pas les caractéristiques requises pour mettre en œuvre les NCISP. L'obstacle le plus important à surmonter toutefois, était la différence entre les règles professionnelles et les processus professionnels. L'alignement sur le Système mondial de gestion ou l'intégration à ce Système impliquerait de tenir compte du fait que l'OPS était une identité juridique séparée avec son propre budget et sa propre politique budgétaire régionale, qui comprenait un niveau sous-régional. De plus, son système de contrats du personnel et ses règles financières différaient de celles de l'OMS. Parce qu'elle était une entité juridique en son nom propre, l'OPS avait des responsabilités d'établissement des rapports qui allaient au-delà de celles des autres régions de l'OMS et qui ne pouvaient pas être contenues dans le Système mondial de gestion. Il semblait donc improbable d'envisager l'intégration à part entière au GSM. L'objectif devait être un système de l'OPS qui était aligné aussi étroitement que possible sur le système de l'OMS. Le Secrétariat continuerait à étudier très attentivement la mise en œuvre du Système mondial de gestion afin de déterminer la meilleure voie à suivre. Dans le même temps, elle continuerait à assurer que toute modification ou innovation introduite dans les systèmes de l'OPS ne gênerait en aucune façon la communication avec le GSM ou interférerait sur la capacité de l'OPS de faire rapport sur son utilisation des ressources de l'OMS.

349. Le Comité exécutif a pris note du rapport sur l'engagement de l'OPS dans le Système mondial de gestion de l'OMS.

Fonds d'investissement directeur (document CE142/INF/11)

350. Le Dr Osvaldo Salgado (Représentant du Sous-Comité des Programmes, du Budget et de l'Administration) a informé que le Sous-Comité avait entendu une mise à jour sur le statut du Fonds d'investissement directeur et sur les projections des dépenses d'investissement sur les cinq prochaines périodes biennales. Il avait été clarifié qu'alors que les dépenses projetées au titre du sous-fonds de Technologie de l'Information

n'étaient pas directement liées à l'introduction du Système mondial de gestion de l'OMS, elles fourniraient le matériel informatique actualisé requis pour accéder à ce système. Il avait également été expliqué que le gros des dépenses en logiciels—environ \$1,5 million par période biennale—était constitué par des paiements de licence à des compagnies telles que Microsoft ou Cisco.

351. M. Edward Harkness (Gérant de Domaine, Opérations des Services généraux, OPS) a rappelé que le Fonds d'investissement directeur était venu en existence en janvier 2008. Il se composait de deux sous-fonds et était entièrement capitalisé à hauteur de \$8 millions, grâce à l'excédent budgétaire actuel. Un plan de dix ans avait été préparé pour chaque sous-fonds, faisant la part d'un programme méthodique de réparations et de rénovations des bâtiments à travers le sous-fonds des Biens immobiliers et de l'Équipement, et d'achat et de rénovations d'équipement à travers le sous-fonds de la Technologie de l'Information. Il a attiré l'attention sur les détails des dépenses projetées contenues dans le document CE142/INF/11 et ses annexes, notant en même temps qu'alors que les priorités changeaient ou des événements imprévus se produisaient, les détails des projets pouvaient changer eux aussi.

352. Une déléguée, notant que la résolution du Comité sur l'excédent du budget (résolution CE142.R8) citait plusieurs projets ayant trait au Fonds d'investissement directeur, a demandé pourquoi ils n'étaient pas repris dans le document CE142/INF/11.

353. M. Harkness a expliqué que quand le document avait été préparé, on ignorait à l'époque combien de dépenses seraient approuvées pour financement par l'excédent budgétaire.

354. La Directrice a indiqué que dans les rapports futurs, une ventilation pourrait être fournie sur les sources de financement pour chacune des composantes de projets d'investissement.

355. Le Comité exécutif a pris note du rapport.

Mise à jour sur le statut de la révision institutionnelle de BIREME et de l'INCAP (document CE142/INF/12 et Add. I)

356. Le Dr Osvaldo Salgado (Représentant du Sous-Comité des Programmes, du Budget et de l'Administration) a indiqué que le Sous-Comité avait discuté le processus de renforcement institutionnel en cours à l'Institut de Nutrition d'Amérique centrale et de Panama (INCAP) lors de sa deuxième session et qu'il avait été informé que le Secrétariat avait l'intention de soumettre à la 142^e session du Comité exécutif une étude décrivant le processus, les directives pour le développement institutionnel de l'INCAP et sa stratégie de coopération technique proposée, et les modifications qui devraient être apportées à

l'Accord de base de l'INCAP pour qu'il devienne une institution autogérée. Le Sous-Comité avait été assuré que la nutrition resterait une priorité élevée pour l'OPS et que l'Organisation resterait étroitement impliquée dans le travail de l'INCAP, indépendamment du fait que l'Institut ait ou non opté pour l'autogestion.

357. Le Dr Luiz Galvão (Gérant de Domaine, Développement durable et Santé environnementale, OPS) a passé en revue l'histoire et le travail de l'INCAP et a décrit sa structure actuelle de gouvernance et institutionnelle, notant que l'OPS jouait un double rôle vis-à-vis de l'Institut : en tant que membre constituant et qu'administrateur. Conformément à l'Accord de base avec l'Institut, le rôle de l'OPS en tant qu'administrateur était examiné tous les cinq ans. La période quinquennale actuelle se terminerait en 2008. Le 23 juin 2008, le Conseil directeur de l'INCAP avait adopté une résolution, décidant que l'INCAP devait obtenir son autonomie administrative à part entière et élire son propre directeur, mettant fin ainsi au rôle de l'OPS en tant qu'administrateur. L'autonomie offrirait à l'INCAP un nombre d'avantages, y compris l'indépendance programmatique et la possibilité de forger davantage de partenariats avec le secteur privé, ce qui renforcerait sa capacité de mobiliser des ressources.

358. Le document CE142/INF/12 contenait une feuille de route montrant les prochaines étapes dans le processus de renforcement institutionnel menant à l'autonomie administrative. Le rapport du Commissaire aux Comptes pour la période biennale correspondant à 2006-2007 (contenu dans le *Document officiel 331*) avançait également un nombre de recommandations concernant les mesures devant être prises pour résoudre les risques apparentés à la séparation de l'INCAP de l'OPS. Les principales préoccupations étaient de mener à bien une transition ordonnée, sans laisser des lacunes juridiques ou administratives; de garantir la viabilité financière de l'Institut; et d'assurer que l'INCAP émergeait du processus en devenant une institution plus forte. Il était prévu que l'INCAP atteindrait son autonomie administrative à part entière au moment où il célébrerait son 60^e anniversaire en septembre 2009.

359. Dans la discussion du Comité exécutif sur ce point, la Déléguée de Panama a affirmé l'importance de l'INCAP pour les pays d'Amérique centrale et a mis l'accent sur le besoin d'une transition ordonnée afin d'assurer que l'Institut continue à jouer son rôle crucial en traitant les problèmes liés à la nutrition dans la sous-région et également préserver la relation excellente qui avait toujours existé entre l'Institut et l'OPS. Ces transitions prenaient du temps, et le calendrier pour le processus de transition devait par conséquent être flexible. Il fallait permettre un temps suffisant pour régler toutes les questions juridiques et organisationnelles impliquées. Le directeur intérimaire qui superviserait la période de transition devait posséder les compétences de gestion requises pour travailler avec divers groupes de personnes et répondre aux angoisses et aux conflits qui surgissaient inévitablement dans des processus de changement de cette sorte.

360. La Directrice a assuré le Comité que les risques identifiés par le Commissaire aux Comptes seraient pris en main. Elle a comparé la séparation de l'INCAP de l'OPS à la séparation de jumeaux siamois : il était essentiel de préserver et d'assurer la fonctionnalité de tous les systèmes vitaux du plus petit des jumeaux—l'INCAP. Ceci pouvait signifier par exemple, la sous-traitance de certains services qui étaient actuellement assurés par l'OPS. Le Secrétariat entendait aider l'INCAP à accomplir la transition de la manière la plus coût-efficace possible et, à cette fin, travaillerait étroitement avec le Conseil directeur de l'INCAP dans l'exécution de sa feuille de route.

361. Le Dr Heidi Jiménez (Conseillère juridique, OPS), a introduit le document CE142/INF/12, Add. I, en résumant les activités entreprises par l'OPS pour renforcer le Centre d'information sur les sciences de la santé pour l'Amérique latine et les Caraïbes (BIREME). Elle a noté que BIREME continuerait à faire partie intégrante de l'Organisation; il n'y avait pas de plans de séparation, comme dans le cas de l'INCAP. Toutefois, en vertu de plusieurs résolutions récentes des Organes directeurs, le Secrétariat avait travaillé en étroite collaboration avec le Gouvernement du Brésil, pays hôte de BIREME, et avec le Centre lui-même, à l'établissement d'un nouveau cadre de gouvernance institutionnelle qui permettrait éventuellement à BIREME de fonctionner de manière autonome.

362. Trois documents de base étaient envisagés pour mettre en œuvre le nouveau cadre de gouvernance : un statut créant une nouvelle structure institutionnelle et définissant la qualité de membres du Centre; un accord de siège entre l'OPS et le Gouvernement du Brésil, établissant les engagements et les responsabilités des deux parties; et un accord bilatéral avec l'Université fédérale de São Paulo, qui fournissait les installations physiques de BIREME et un grand nombre de ses ressources humaines. D'autres informations sur les dispositions de ces accords étaient comprises dans le document CE142/INF/12/Add. I. Un document formel à ce sujet serait soumis au 48^e Conseil directeur, avec le projet de statut qui était actuellement en train d'être finalisé.

363. Le Délégué du Brésil a souligné la réussite de BIREME dans le développement de l'infrastructure de l'information sur les sciences de la santé pour l'Amérique latine et les Caraïbes et a réaffirmé l'engagement de son Gouvernement au processus de renforcement institutionnel. Le Brésil concluait une analyse des propositions soumises jusqu'à présent par le Secrétariat et attendait avec intérêt de recevoir le projet de statut afin d'entamer les discussions internes.

364. La Directrice a souligné que les deux centres et les deux processus de renforcement institutionnel en cours étaient très différents. L'INCAP était un centre sous-régional avec ses propres États Membres, dont le travail se concentrait sur l'Amérique centrale. BIREME était un centre régional panaméricain qui offrait des services d'information technique à tous les pays de la Région et également à des personnes individuelles et des institutions à l'extérieur des Amériques. Leurs relations financières avec l'OPS étaient également différentes. L'Organisation fournissait actuellement une part beaucoup plus importante des ressources totales de l'INCAP qu'elle ne le faisait pour BIREME. L'objectif du processus de renforcement institutionnel à BIREME était de doter le Centre d'un cadre juridique et institutionnel plus solide que l'actuel Accord de maintenance.

365. Le Comité exécutif a pris note du rapport.

Contribution régionale au Forum ministériel mondial sur la recherche en santé (document CE142/INF/13 et Corrig.)

366. Le Dr Luis Gabriel Cuervo Amore (Chef d'Équipe, Promotion de la Recherche et Développement, OPS) a expliqué que le Forum ministériel mondial sur la recherche en santé, qui se tiendrait à Bamako, au Mali, en novembre 2008, était la continuation d'un processus qui avait commencé avec le Sommet ministériel sur la recherche en santé tenu à Mexico en 2004. L'OPS préparerait une contribution régionale pour la réunion de Bamako, décrivant les réalisations des Amériques en recherche en santé sur les quatre dernières années et faisant connaître les vues de la Région sur les enjeux de l'avenir. La contribution serait préparée à la suite de consultations non seulement avec les organes directement impliqués dans la recherche en santé, tels que les conseils de recherche médicale, mais aussi avec les universitaires et les experts du secteur de la science et de la technologie. Elle serait soumise au Conseil directeur à venir.

367. Le Délégué du Mexique a dit que son pays, qui avait été l'hôte du Sommet antérieur, était heureux de voir les progrès réalisés dans les préparatifs du Forum ministériel de Bamako, et a offert son aide et son soutien au comité d'organisation de cette réunion.

368. La Directrice a indiqué qu'il y avait eu des consultations suivies à la fois avec l'OMS et avec le comité d'organisation du sommet de Bamako pour obtenir des précisions sur la forme que prendrait la contribution de la Région. Il y aurait certainement une contribution, mais il n'apparaissait pas encore clairement si elle devait être sous la forme d'un document convenu entre États Membres ou sous la forme d'une résolution formelle du Conseil directeur. Une fois que cette question était résolue, l'intention était de conclure la contribution à la fin du mois d'août, prête à être soumise au Conseil directeur.

369. Le Comité exécutif a pris note du rapport et des plans pour la contribution régionale au Forum ministériel mondial sur la recherche en santé.

Clôture de la session

370. Suite à l'échange habituel de courtoisies, le Vice-Président, en l'absence du Président, a déclaré la clôture de la 142^e session du Comité exécutif.

Résolutions et décisions

371. Les résolutions et les décisions suivantes ont été adoptées par le Comité exécutif lors de sa 142^e Session:

Résolutions

CE142.R1 Organisations non gouvernementales en relations officielles avec l'Organisation panaméricaine de la santé

LA 142^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant étudié le rapport (document CE142/6, Rév. 1) du Sous-Comité des Programmes, du Budget et de l'Administration sur ce thème; et

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

1. **DÉCIDE** de poursuivre les relations officielles entre l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) et le Collège interaméricain de radiologie (ICR), l'Association latino-américaine des industries pharmaceutiques (ALIFAR), la Fédération panaméricaine de la profession d'infirmières (FEPPEN), la Fédération panaméricaine des associations d'écoles médicales (FEPAFEM), la Fédération latino-américaine des hôpitaux (FLH), et le Réseau de santé des femmes latino-américaines et caraïbes (RSMLAC) étant entendu qu'en mars 2012 les progrès seront examinés pour répondre aux préoccupations soulevées par leurs relations avec l'OPS et appuyer leurs activités lors de la réunion du Sous-Comité des Programmes, du Budget et de l'Administration.

2. **DÉCIDE** de mettre fin aux relations officielles entre l'OPS et l'Organisation internationale des associations de consommateurs, Bureau régional pour l'Amérique latine et les Caraïbes (CI-ROLAC).
3. **DEMANDE** à la Directrice de :
 - a) faire part aux ONG respectives des décisions prises par le Comité exécutif;
 - b) continuer à développer des relations de travail dynamiques avec les ONG interaméricaines ayant un intérêt pour l'Organisation dans des domaines qui relèvent des priorités programmatiques que les Organes directeurs ont adoptées pour l'OPS;
 - c) continuer à encourager les relations entre les États Membres et les ONG liées à la santé, selon qu'il convient.

(Troisième réunion, 24 juin 2008)

CE142.R2 Rapport sur le recouvrement des contributions

LA 142^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant considéré le rapport de la Directrice sur le recouvrement des contributions (documents CE142/28 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 toxicomanie; Tabagisme; Grossesse sans risques; VIH/SIDA; et Direction;*

Notant que l'information fournie aux États Membres en arriéré de paiement de leurs contributions faisant qu'ils peuvent être assujettis à l'application de l'Article 6.B de la Constitution de l'Organisation panaméricaine de la Santé;

Notant les dispositions de l'Article 6.B de la Constitution de l'OPS relatives à la suspension du droit de vote des États Membres qui ne respectent pas leurs obligations financières et l'application potentielle de ces dispositions aux États Membres qui ne sont pas en conformité avec leur plan de paiement échelonné approuvé, et

Notant avec préoccupation que certains États Membres ne se sont acquittés d'aucun paiement sur leurs contributions de 2008 et que le montant recouvré pour les contributions de 2008 représente 19% des contributions totales de l'année en cours,

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 toxicomanie; Tabagisme; Grossesse sans risques; VIH/SIDA; et Direction.*
2. De remercier les États Membres qui se sont déjà acquittés de leurs paiements pour 2008 et d'exhorter les autres États membres à s'acquitter de toutes leurs contributions en souffrance dès que possible.
3. De remercier les États Membres qui ont contribué au fonds spécial intitulé « Contributions volontaires pour les programmes prioritaires. »
4. De recommander au 48^e Conseil directeur que les restrictions sur le droit de vote contenues dans l'Article 6.B de la Constitution de l'OPS soient strictement appliquées à tout État Membre qui à l'ouverture de cette session ne s'est pas acquitté d'un paiement substantiel de sa contribution.
5. De prier la Directrice de continuer à informer les États Membres de tout montant dû et de faire rapport au 48^e Conseil directeur sur le statut du recouvrement des contributions.

(Troisième réunion, 24 juin 2008)

CE142.R3 Onchocercose : rapport d'avancement

LA 142^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant examiné le rapport de la Directrice, *Onchocercose : Rapport d'avancement* (document CE142/18),

DÉCIDE :

De recommander que le Conseil directeur adopte une résolution selon les lignes suivantes :

LE 48^e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant examiné le rapport de la Directrice, *Vers une élimination de l'onchocercose (cécité des rivières) aux Amériques* (document CD48/__);

Considérant que la souffrance humaine et les coûts sociaux apparentés à la perte de la vue et à des lésions cutanées déformantes attribuables à l'onchocercose (cécité des rivières), qui menace approximativement 500.000 personnes à risque dans les Amériques;

Exprimant sa reconnaissance pour l'appui des donateurs afin de réaliser le contrôle mondial de l'onchocercose;

Notant que la 23^e Conférence sanitaire panaméricaine, qui s'est tenue en septembre 1990, a lancé un appel pour identifier les maladies qui pourraient être éliminées à la fin de ce siècle ou au début du suivant et qu'en réponse, l'OPS a développé une stratégie régionale (résolution du 35^e Conseil directeur CD35.R14, 1991) visant à garantir un traitement semestriel pour toutes les communautés qui en ont besoin afin d'éliminer l'onchocercose en tant problème de santé publique dans les Amériques pour 2007;

Considérant qu'en réponse à la résolution CD35.R14, une initiative internationale connue sous le nom de Programme d'élimination de l'onchocercose dans les Amériques (OEPA) a été lancée en coopération avec les gouvernements, l'OPS, les organisations non gouvernementales, les donateurs et d'autres parties concernées;

Reconnaissant que les progrès considérables accomplis à ce jour par les autorités nationales et l'OEPA dans l'élimination de l'onchocercose dans les Amériques à travers la promotion et le renforcement des programmes dans les six pays endémiques de la Région (Brésil, Colombie, Équateur, Guatemala, Mexique et Venezuela); et

Gardant à l'esprit que les représentants des six pays qui ont assisté à la 17^e Conférence interaméricaine sur l'onchocercose en 2007 et le Comité de coordination des programmes de l'OEPA (PCC) se sont engagés à mettre fin à la transmission de l'onchocercose dans toute la Région d'ici la fin de 2012 et que ce serait la dernière année pour la distribution de masse de l'Ivermectine dans la Région, suivie immédiatement par une phase de surveillance épidémiologique de trois ans pour certifier l'élimination,

DÉCIDE :

1. D'exhorter les États Membres à :
 - a) réaffirmer leur engagement à l'objectif proposé à l'origine en 1991 par le 35^e Conseil directeur de l'Organisation panaméricaine de la Santé dans la résolution CD35.R14, qui préconise l'élimination de la morbidité due à l'onchocercose dans les Amériques;
 - b) achever l'élimination de la morbidité due à l'onchocercose et interrompre la transmission du parasite dans leurs frontières d'ici l'année 2012, en mobilisant tous les secteurs concernés, les communautés affectées et les ONG au moyen :
 - d'un soutien financier adéquat pour assurer que les programmes nationaux obtiennent une couverture de traitement d'au moins 85% de toutes les personnes éligibles;
 - d'une utilisation efficace des traitements reçus en don;
 - de l'application des directives de certification de l'OMS pour la suspension du traitement de masse.
 - c) inviter d'autres agences spécialisées du système des Nations Unies, des institutions de développement bilatérales et multilatérales, des ONG, fondations et autres parties concernées à :
 - accroître la disponibilité des ressources pour les programmes nationaux d'élimination de l'onchocercose et de l'OEPA afin d'éliminer complètement la transmission de la maladie dans la Région;
 - appuyer les activités de l'OEPA et de son Comité de coordination des programmes, composé de représentants de l'OPS, des CDC, du Centre Carter, des ministères de la santé et d'experts en onchocercose;
 - soutenir la Conférence interaméricaine annuelle sur l'onchocercose (IACO) et y participer, ainsi qu'avaliser les initiatives développées par le Comité de coordination des programmes de l'OEPA (PCC) ou en coordination avec ce dernier.
2. De demander à la Directrice :
 - a) d'appuyer l'exécution des critères de l'OMS pour certifier l'élimination de la morbidité et de la transmission dans les pays affectés;

- b) de renforcer la collaboration avec les six pays endémiques, en particulier au long de la frontière entre le Brésil et le Venezuela, où l'onchocercose affecte la population autochtone Yanomami;
- c) de promouvoir une collaboration plus étroite entre les programmes d'élimination de l'onchocercose dans les Amériques, les agences spécialisées et les organisations du système des Nations Unies, les agences de développement bilatérales et les ONG, ainsi que les autres parties concernées;
- d) de faire rapport périodiquement sur les progrès relatifs à l'exécution des activités.

(Neuvième réunion, 24 juin 2008)

CE142.R4 Plan d'action pour le renforcement du recueil des données d'état civil et de santé

LA 142^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant analysé le document présenté par la Directrice, *Plan d'action régional pour le renforcement du recueil des données d'état civil et de santé* (document CE142/15),

DÉCIDE :

De recommander que le Conseil directeur adopte une résolution selon les lignes suivantes :

LE 48^e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant étudié le document présenté par la Directrice, *Plan d'action régional pour le renforcement du recueil des données d'état civil et de santé* (document CD48/__);

Reconnaissant le besoin de données valides, ponctuelles et fiables avec la plus grande ventilation possible aux niveaux national, sous-régional et régional pour le diagnostic et la formulation des politiques de santé et le suivi des indicateurs tels que ceux établis dans les engagements internationaux;

Conscient de l'importance d'améliorer la couverture et la qualité des données d'état civil et de santé en tant que composantes des Systèmes d'information en santé des

pays, comme l'a reconnu et avalisé la résolution CSP27.R12 de la 27^e Conférence sanitaire panaméricaine en octobre 2007;

Ayant analysé le rapport de la Directrice sur les directives de base conceptuelles et opérationnelles pour la formulation d'un plan d'action régional pour conforter le recueil des données d'état civil et de santé dans les pays de la Région;

Considérant que le plan d'action favorise une action harmonisée dans les pays et entre les pays et coordonne les activités au sein de l'Organisation et avec d'autres institutions internationales de coopération technique et de financement afin d'optimiser toutes les ressources disponibles dans la Région; et

Reconnaissant que le BSP requiert ce plan d'action pour atteindre le but et les objectifs de renforcement de la capacité des pays à produire des données d'état civil et de santé dans le cadre du développement de leurs Systèmes d'information en santé,

DÉCIDE :

1. De prier instamment les États Membres de :
 - a) approuver le plan d'action régional pour conforter le recueil des données d'état civil et de santé dans les pays de l'hémisphère (PFEVS), qui leur permettra de disposer d'indicateurs dotés d'une couverture et une qualité suffisantes qui leur permettent de contribuer à la conception, au suivi et à l'évaluation des politiques sanitaires;
 - b) promouvoir la participation et la coordination des bureaux de statistiques nationaux et sectoriels, des départements d'épidémiologie des ministères de la santé, et des autres acteurs publics et privés ainsi que des usagers dans le diagnostic situationnel et la préparation de plans d'action nationaux;
 - c) considérer la mobilisation des ressources humaines, technologiques et financières pour mettre en œuvre le plan d'action pour conforter le recueil des données d'état civil et de santé dans les pays de l'hémisphère;
 - d) encourager l'OPS à collaborer avec les pays dans l'exécution et le suivi du plan d'action.
2. De demander à la Directrice de :

- a) de travailler avec les États Membres pour développer leurs plans d'action nationaux et disséminer et utiliser les outils qui faciliteront la production et le renforcement des données d'état civil et de santé dans le cadre de plans stratégiques pour le développement des systèmes d'information en santé;
- b) améliorer la coordination entre le Plan d'action et les initiatives de même nature entreprises par d'autres institutions internationales de coopération technique et de financement, ainsi que les initiatives mondiales pour renforcer les statistiques en santé dans les pays;
- c) informer périodiquement les Organes directeurs des progrès accomplis et des contraintes à l'exécution du plan d'action.

(Troisième réunion, 24 juin 2008)

CE142.R5 Sécurité transfusionnelle : Rapport de situation

LA 142^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant examiné le rapport de situation présenté par la Directrice sur la sécurité transfusionnelle (document CE142/20), qui résume les difficultés observées dans l'exécution du Plan d'action régional pour la sécurité transfusionnelle 2006-2010;

Préoccupée par l'insuffisance et la mauvaise qualité du sang disponible pour les transfusions dans la majorité des pays de la Région, et

Prenant en considération l'Agenda de la santé pour les Amériques 2008-2017,

DÉCIDE :

De recommander que le Conseil directeur adopte une résolution rédigée selon les lignes suivantes :

LE 48^e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant examiné le rapport de situation présenté par la Directrice sur la sécurité transfusionnelle (document CD48/__), qui résume les difficultés observées dans l'exécution du Plan d'action régional pour la sécurité transfusionnelle 2006-2010;

Conscient du rôle central que jouent les transfusions dans les soins médicaux appropriés des patients et dans la réduction de la mortalité parmi les mères, les nourrissons, les victimes d'accidents du trafic et d'autres traumatismes, les patients souffrant de cancer ou de troubles de coagulation sanguine et les patients transplantés;

Préoccupé du fait que les niveaux actuels de disponibilité et de sécurité du sang pour transfusion dans la Région sont insatisfaisants;

Reconnaissant que les systèmes organisationnels nationaux en place limitent l'efficacité des transfusions sanguines, ont des effets négatifs sur la morbidité et la mortalité et ont pour résultats des pertes financières majeures;

Considérant que les concepts des résolutions CD41.R15 (1999) et CD46.R5 (2005) sont toujours applicables à la Région des Amériques, et qu'une action est requise par les autorités nationales afin de mettre en œuvre les stratégies du Plan d'action régional 2006-2010, approuvé par le 46^e Conseil directeur; et

Reconnaissant que des modifications dans les approches nationales actuelles sont requises afin d'atteindre les buts régionaux établis pour la sécurité transfusionnelle d'ici 2010,

DÉCIDE :

1. D'exhorter les États Membres à :
 - a) exécuter de manière proactive le Plan d'action régional pour la sécurité transfusionnelle 2006-2010 en :
 - i. définissant une entité spécifique au sein du niveau normatif de leur ministère de la santé responsable de la planification, du contrôle et du fonctionnement efficace global du système de sang national;
 - ii. estimant le besoin national annuel des composantes sanguines, tenant en compte les urgences imprévues, les augmentations attendues de la population générale et de la population âgée, l'inclusion sociale des populations actuellement exclues, les accidentés du trafic routier, et l'adoption locale de technologies médicales, telles que les transplantations et le traitement du cancer, et les ressources financières nécessaires pour couvrir ces besoins;

- iii. établissant un réseau de volontaires pour éduquer la communauté et promouvoir le don volontaire de sang et traiter les donneurs de sang, une attention particulière étant accordée aux programmes pour la jeunesse;
 - b) terminer le remplacement et le don rémunéré du sang avant la fin de 2010, dans une optique de don du sang 100% volontaire, altruiste, non rémunéré, en utilisant l'information obtenue d'enquêtes socio-anthropologiques menées dans les pays, étant donné que la collecte du sang ne devrait pas être la seule responsabilité des équipes médicales hospitalières;
 - c) partager les bonnes pratiques dans le recrutement et la rétention des donneurs de sang volontaires.
2. De demander à la Directrice de :
- a) coopérer avec les États Membres dans l'exécution du Plan d'action régional pour la sécurité transfusionnelle 2006-2010 en utilisant une approche multidisciplinaire et coordonnée pour la promotion de la santé, l'éducation publique, les droits humains et des patients, l'assurance de la qualité et l'efficacité financière;
 - b) travailler avec les États Membres et les organisations internationales pour évaluer l'exécution du Plan d'action régional 2006-2010 et identifier les interventions spécifiques aux pays qui sont requises pour assurer la suffisance, la qualité et la sécurité acceptables du sang pour les transfusions au niveau national;
 - c) préparer des rapports annuels sur la situation de la sécurité transfusionnelle dans la Région.

(Septième réunion, 26 juin 2008)

CE142.R6 *Méthodes collectives et individuelles pour la prévention et la prise en charge du diabète et de l'obésité*

LA 142^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant examiné le rapport de la Directrice, *Méthodes collectives et individuelles pour la prévention et la prise en charge du diabète et de l'obésité* (document CE142/9),

DÉCIDE :

De recommander que le Conseil directeur adopte une résolution selon les lignes suivantes :

LE 48^e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant examiné le rapport de la Directrice, *Méthodes collectives et individuelles pour la prévention et la prise en charge du diabète et de l'obésité* (document CD48/___),

Notant la résolution CD47.R9 (2006), Stratégie et Plan d'action régionaux sur une approche intégrée de la prévention et du contrôle des maladies chroniques y compris la nutrition, l'activité physique et la santé, qui préconisait une action intégrée pour prévenir et réduire le fardeau des maladies chroniques et les facteurs de risque apparentés dans les Amériques; et la résolution CSP26.R15 (2002) sur la réponse de la santé publique aux maladies chroniques, qui reconnaît le lourd fardeau économique et social des maladies non transmissibles et qui recommande une coopération technique accrue et coordonnée de l'Organisation panaméricaine de la Santé;

Considérant la résolution WHA57.17, Stratégie mondiale sur la nutrition, l'activité physique et la Santé (2004), qui met l'accent sur une approche intégrée et une collaboration intersectorielle pour améliorer la nutrition et intensifier l'activité physique;

Prenant en considération la résolution 61/225 de l'Assemblée générale des Nations Unies, la Journée mondiale du diabète (2006), qui reconnaît le diabète comme une maladie chronique, débilitante et coûteuse apparentée à des complications majeures qui pose des risques graves pour les familles, les pays et le monde entier et qui désigne le 14 novembre, l'actuelle Journée mondiale du diabète, comme une Journée des Nations Unies qui doit être observée chaque année à compter de 2007;

Considérant la résolution WHA61.23, Prévention et contrôle des maladies non transmissibles : Exécution de la Stratégie mondiale (2008), qui exhorte les États Membres à renforcer la capacité nationale et à accroître les ressources pour la prévention et le contrôle des maladies chroniques;

Conscient que l'obésité et le diabète ont atteint des proportions épidémiques dans la Région et devraient continuer à augmenter si une action drastique n'est pas entreprise;

Notant que l'obésité et le diabète sont en grande partie évitables et que les faits scientifiques avérés et les interventions efficaces par rapport au coût sont disponibles et combinent des approches collectives et individuelles; et

Reconnaissant l'importance pour les gouvernements, le secteur privé, la société civile et la communauté internationale de renouveler leur engagement à la prévention et la prise en charge de l'obésité et du diabète,

DÉCIDE :

1. D'exhorter les États Membres à :
 - a) prioriser la prévention de l'obésité et du diabète et leurs facteurs de risque communs en établissant et/ou en renforçant les politiques et les programmes, en les intégrant dans les systèmes de santé publics et privés et en veillant à assurer une affectation adéquate des ressources pour mener à bien ces politiques et ces programmes;
 - b) travailler au développement de politiques publiques qui permettent des choix de vie saine tels que la nutrition saine et de plus grandes opportunités d'activité physique;
 - c) créer des partenariats et s'engager avec le secteur privé et la société civile afin que les consommateurs soient mieux informés, que des choix sains soient davantage disponibles et que des programmes abordables d'activité physique sur les lieux de travail soient mis en œuvre;
 - d) créer des environnements positifs qui contribuent à la prévention et la prise en charge de l'obésité et du diabète à travers de plus grandes opportunités d'activité physique et de choix d'une nutrition plus saine, en collaboration avec des secteurs extérieurs à celui de la santé publique;
 - e) exécuter la Stratégie mondiale sur la nutrition, l'activité physique et la santé et la Stratégie régionale et le Plan d'action sur une approche intégrée de la prévention et du contrôle des maladies chroniques, y compris la nutrition, l'activité physique et la santé;
 - f) établir des incitations et des politiques qui favorisent la production et la consommation de fruits et légumes;
 - g) améliorer l'étiquetage des aliments et l'éducation publique qui facilite le choix d'une nutrition saine;
 - h) développer des directives et des politiques qui encouragent la commercialisation responsable des aliments pour les enfants et les adolescents;

- i) utiliser les médias (i.e., radio, télévision, presse écrite, internet) pour réaliser des campagnes d'éducation et disséminer l'information, y compris la communication médiatique de masse;
 - j) améliorer la surveillance et le suivi de l'obésité et du diabète au niveau de la population, afin de plaider pour les politiques et évaluer les résultats;
 - k) développer et exécuter des plans et des programmes pour améliorer la prise en charge de l'obésité et du diabète dans les systèmes de santé publics et privés, en intégrant la prévention dans les soins;
 - l) réorienter les services de santé dans le contexte des soins de santé primaires pour assurer les ressources nécessaires pour les stratégies de prévention, y compris les moyens de diagnostic et les médicaments, pour une détection et un traitement précoce de complications évitables et contrôlables du diabète avec des interventions d'une efficacité avérée, en particulier celles concernant les soins des pieds, la santé oculaire, la santé rénale, la glycémie et la pression sanguine.
2. De demander à la Directrice de :
- a) développer des interventions intégrées pour la prévention et le contrôle de l'obésité et du diabète, y compris des normes et des protocoles, axées sur les besoins des pays à faible revenu et des populations vulnérables dans l'ensemble du réseau CARMEN;
 - b) appuyer les États Membres dans leurs efforts pour renforcer les systèmes d'information en santé afin de suivre l'obésité et le diabète et d'évaluer les résultats des interventions en santé publique;
 - c) appuyer les États Membres pour renforcer leur capacité, y compris la recherche, les moyens de diagnostic et le traitement, ainsi que les compétences du système de santé, en vue d'une prise en charge intégrée de l'obésité et du diabète;
 - d) développer de nouveaux partenariats ou renforcer les partenariats existants pour la mobilisation des ressources, le plaidoyer et la recherche collaborative relatifs à la prévention de l'obésité et du diabète.

(Huitième réunion, 26 juin 2008)

CE142.R7 Amendements apportés au Règlement et au Statut du Personnel du Bureau sanitaire panaméricain

LA 142^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant considéré les amendements au Règlement et au Statut du personnel du Bureau sanitaire panaméricain soumis par la Directrice en Annexe au document CE142/31;

Tenant compte des actions de la soixante-et-unième Assemblée mondiale de la Santé concernant le traitement 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, et

Reconnaissant le besoin 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 en vertu de l'article 020 du Règlement du personnel, les amendements au Règlement qui ont été apportés par la Directrice avec effet à partir du 1^{er} juillet 2008 concernant l'allocation pour personnes à charge, le régime de mobilité et de pénibilité; l'allocation d'affectation; l'allocation de fin de service; les politiques de recrutement; l'augmentation à l'intérieur de la classe pour prime de mérite; le congé pour formation ou service militaire; et le personnel dans des postes sujets au recrutement local.
2. D'établir le salaire annuel du Directeur adjoint du Bureau sanitaire panaméricain à compter du 1^{er} janvier 2008 à US\$ 172.546 avant évaluation, se traduisant par un salaire net modifié de \$125.155 (avec personnes à charge) ou de \$113.332 (sans personnes à charge).
3. D'établir le salaire annuel du Sous-Directeur du Bureau sanitaire panaméricain à compter du 1^{er} janvier 2008 à US\$ 171.008 avant évaluation, se traduisant par un salaire net modifié de \$124.155 (avec personnes à charge) ou de \$112.332 (sans personnes à charge).

4. De recommander au 48^e Conseil directeur d'ajuster le salaire annuel du Directeur du Bureau sanitaire panaméricain et d'approuver l'amendement à l'article 4.3 du Statut du personnel en adoptant la résolution suivante :

LE 48^e CONSEIL DIRECTEUR,

Considérant la révision de l'échelle du barème minimum pour les catégories professionnelles et de rang supérieur, avec effet au 1^{er} janvier 2008 (CD48/___); et

Tenant compte de la décision du Comité exécutif lors de sa 142^e session d'ajuster les salaires du Directeur adjoint et du Sous-Directeur du Bureau sanitaire panaméricain,

DÉCIDE :

1. D'établir le salaire annuel du Directeur du Bureau sanitaire panaméricain avec effet au 1^{er} janvier 2008 à US\$ 189.929 avant évaluation, se traduisant par un salaire net modifié de \$136.454 (avec personnes à charge) ou de \$122.802 (sans personnes à charge).
2. D'approuver l'amendement à l'article 4.3 du Statut du personnel concernant le recrutement et la promotion du personnel.

(Huitième réunion, 26 juin 2008)

CE142.R8 Utilisation du revenu du budget programme excédant le budget ordinaire de travail effectif autorisé 2006-2007

LA 142^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant considéré le rapport de la 2^e session du Sous-Comité des Programmes, du Budget et de l'Administration (document CE142/4);

Notant le document révisé sur l'utilisation proposée du revenu du budget programme excédant le budget ordinaire de travail effectif autorisé pour la période financière 2006-2007 (document CE142/30); et

Gardant à l'esprit que certaines activités importantes telles que la coopération technique entre pays (TCC) et celles relatives à l'accélération des Objectifs de

développement pour le Millénaire (ODM), bénéficient déjà de sources de financement et de mécanismes existants,

DÉCIDE :

1. De remercier le Sous-Comité des Programmes, du Budget et de l'Administration pour son examen préliminaire et rapport sur ce thème.
2. De demander à la Directrice d'incorporer les commentaires et modifications faits par les Membres du Comité exécutif dans la version révisée du document CE142/30 qui sera soumis à la considération du 48^e Conseil directeur.
3. De recommander que le 48^e Conseil directeur adopte une résolution selon les lignes suivantes :

LE 48^e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant examiné le rapport de la 142^e session du Comité exécutif; et

Notant le document révisé sur l'utilisation proposée du revenu du budget programme excédant le budget ordinaire de travail effectif autorisé pour la période financière 2006-2007 (document CD48/___),

DÉCIDE :

1. De remercier le Comité exécutif pour son examen et rapport sur ce thème.
2. D'approuver les critères qui guident les projets proposés au financement par le compte de réserve, tel que contenu dans le paragraphe 15 du document CD48/___, qui stipule que :

« Les critères qui guident les initiatives proposées sont les suivants :

- Initiatives qui renforceront l'Organisation, soit par l'appui direct à des activités prioritaires de santé publique dans les pays, ou à travers le renforcement de la capacité du Secrétariat à soutenir les besoins des États Membres;
- Initiatives qui renforcent un processus et génèrent des efficacités;
- Initiatives qui créent un impact;

- Initiatives qui minimisent les coûts récurrents ajoutés et qui sont réalisables dans les opérations normales;
 - Initiatives pour lesquelles d'autres sources de financement sont rares ou indisponibles. »
3. D'approuver, avec effet immédiat, les projets suivants dans leur intégralité :
- 1.A : Centre d'opération sanitaire stratégique régional
 - 1.B : Centres d'opération sanitaire stratégiques nationaux
 - 4.A : Améliorations des installations : rénovations MOSS et mesures de sécurité;
 - 4.C: Améliorations des installations : systèmes de drainage de la plaza;
 - 4.D: Améliorations des installations : mesures de sécurité et sanitaires;
 - 4.E: Améliorations des installations : toit de la tour du bureau du Siège;
 - 4.F: Améliorations des installations : rénovation des salles A, B et C dans le bâtiment du Siège.
4. D'approuver, en ce qui concerne la phase initiale, et avec effet immédiat, les projets suivants :
- 2.A: Renforcement des systèmes d'information en santé publique de l'OPS;
 - 2.C: Renforcement des communications à travers l'amélioration de la connectivité des bureaux de pays;
 - 3.A: Modernisation du système de gestion d'entreprise du BSP;
 - 3.B: Modernisation du modèle de service pour la prestation des services de gestion du savoir et de technologie de l'information;
 - 3.C: Renforcement de la capacité de l'Organisation à se conformer à l'IPSAS d'ici 2010 (US\$ 300.000);

- 4.B: Améliorations des installations : mesures pour économiser l'énergie.
5. D'approuver, en principe, le financement des projets proposés contenus dans le document CD48/_____ et spécifiés par les chiffres 3 et 4 ci-dessus.
6. De déléguer au Comité exécutif le pouvoir de suivre et d'approuver toutes les soumissions et resoumissions futures de propositions à l'usage des fonds du compte de réserve.
7. De demander au Bureau de soumettre au Sous-Comité des Programmes, du Budget et de l'Administration, à des intervalles appropriés, un rapport de situation pour chacun des projets approuvés cités sous le chiffre 4 et ceux sous le chiffre 5, avec une portée, un budget et un calendrier actualisés pour les phases restantes pour examen et approbation par le Comité exécutif.
8. De demander au Bureau de reformuler le projet 2.B (Adoption de stratégies de réseautage pour transformer la prestation de la coopération technique), si approprié, pour y inclure une portée et un but plus clairs, pour considération future par le Comité exécutif concernant l'utilisation des fonds du compte de réserve.
9. D'encourager les États Membres à soumettre des propositions supplémentaires de projets à considérer pour l'utilisation des fonds du compte de réserve, à être acheminées à travers le Secrétariat pour inclusion dans l'examen et le cycle d'approbation appropriés du Comité exécutif.

(Huitième réunion, 26 juin 2008)

CE142.R9 Gestion intégrée des vecteurs : Une réponse intégrée aux maladies à transmission vectorielle

LA 142^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant examiné le document CE142/24, *Gestion intégrée des vecteurs : Une réponse intégrée aux maladies à transmission vectorielle,*

DÉCIDE :

De recommander que le Conseil directeur adopte une résolution selon les lignes suivantes :

LE 48^e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant examiné le rapport de la Directrice, *Gestion intégrée des vecteurs : Une réponse intégrée aux maladies à transmission vectorielle* (document CD48/___), qui propose que les États Membres accomplissent des efforts dans des domaines de travail communs pour lutter contre les maladies à transmission vectorielle à travers le renforcement de la capacité nationale afin d'utiliser les ressources de manière optimale en vue d'améliorer l'efficacité et la rentabilité des programmes nationaux de contrôle des vecteurs;

Prenant en considération le Cadre stratégique mondial pour le contrôle intégré des vecteurs développé par l'OMS en 2004 et la résolution adoptée par l'Assemblée mondiale de la santé pour renforcer la capacité des États Membres à mettre en œuvre des mesures efficaces de contrôle des vecteurs (WHA42.31, 1989); pour prendre des mesures pour réduire le recours aux insecticides pour le contrôle des maladies à transmission vectorielle à travers la promotion du contrôle intégré des vecteurs conformément aux directives de l'OMS (WHA50.13, 1997); pour exploiter le pouvoir préventif de la lutte contre les vecteurs, en raison des risques graves d'augmentation des maladies à transmission vectorielle liés au changement climatique, aux mouvements de la population et à la dégradation de l'environnement et pour se servir des opportunités majeures d'appui financier (WHO/CDS/NTD/VEM/2007.1); et le Plan mondial de l'OMS de lutte contre les maladies tropicales négligées 2008–2015, qui préconise le renforcement de la lutte intégrée contre les vecteurs et de la capacité comme l'un de ses domaines stratégiques d'action (WHO/CDS/NTD/2007.3);

Considérant que les maladies à transmission vectorielle sont responsables d'un fardeau considérable de maladies parasitiques et infectieuses dans les Amériques et ont pour résultat une mauvaise santé et des décès évitables qui affectent de façon disproportionnée la santé des populations pauvres et marginalisées, provoquant des souffrances et des difficultés économiques supplémentaires et qui constituent un obstacle grave au développement de nombreux pays; et

Préoccupé par le fait que les effets potentiels du changement climatique et l'augmentation de la variabilité du climat peuvent porter un risque accru d'épidémies de maladies à transmission vectorielle,

DÉCIDE :

1. D'exhorter les États Membres à :
 - a) renforcer et appuyer les programmes nationaux de contrôle des maladies à transmission vectorielle en établissant des politiques nationales et des plans opérationnels fondés sur les données probantes pour mettre en œuvre des initiatives de contrôle intégré des vecteurs et améliorer l'efficacité et la rentabilité des programmes de contrôle en place;
 - b) renforcer des approches de contrôle de maladies multiples dans la prévention et le contrôle des maladies à transmission vectorielle, telles que la surveillance épidémiologique et entomologique, l'usage rationnel des pesticides, la mobilisation sociale et le traitement des personnes affectées afin d'accroître les synergies entre les différents programmes de contrôle des vecteurs;
 - c) considérer l'allocation de ressources internes et mobiliser des ressources supplémentaires, le cas échéant, et les utiliser efficacement dans l'exécution d'interventions appropriées de prévention et de contrôle;
 - d) évaluer le besoin de formation au contrôle intégré des vecteurs et prendre des mesures pour promouvoir le recrutement, la formation et la rétention de personnel de santé;
 - e) évaluer et renforcer les cadres législatifs nationaux, les mécanismes réglementaires et leur application en ce qui concerne la promotion de la législation du contrôle intégré des vecteurs, où besoin en est;
 - f) améliorer la collaboration avec le secteur de la santé et avec d'autres secteurs pour tirer parti des synergies et pour promouvoir une réponse coordonnée aux maladies à transmission vectorielle;
 - g) développer des activités transfrontalières pour prendre en main les maladies communes à transmission vectorielle dans la Région à travers le partage de l'expertise et le développement de plans d'action et de recherche opérationnelle conjoints.
2. De demander à la Directrice de :
 - a) continuer à fournir la coopération technique et les efforts de coordination pour réduire le fardeau des maladies à transmission vectorielle;

- b) promouvoir le contrôle intégré des vecteurs en tant que partie intégrante du contrôle des maladies à transmission vectorielle parmi les États Membres;
- c) appuyer les pays dans la planification, l'exécution, le suivi et l'évaluation des activités de contrôle intégré des vecteurs et dans le renforcement approprié de la capacité;
- d) doter les États Membres des orientations techniques nécessaires fondées sur les données probantes pour le contrôle intégré des vecteurs;
- e) promouvoir et consolider la recherche sur le contrôle intégré des vecteurs en fonction des besoins et des insuffisances identifiés;
- f) contribuer au renforcement des cadres législatifs et des mécanismes réglementaires des pays selon les besoins, en ce qui concerne la promotion du contrôle intégré des vecteurs.

(Troisième réunion, 25 juin 2008)

CE142.R10 Santé néonatale dans le contexte des soins apportés à la mère, au nouveau-né et à l'enfant : Stratégie et plan d'action régional

LA 142^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant examiné le rapport de la Directrice, *Santé néonatale dans le contexte des soins apportés à la mère, au nouveau-né et à l'enfant : Stratégie et plan d'action régional* (document CE142/12),

DÉCIDE :

De recommander que le Conseil directeur adopte une résolution selon les lignes suivantes :

LE 48^e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant examiné le rapport de la Directrice, *Stratégie et plan d'action régionaux sur la santé néonatale dans le contexte des soins apportés à la mère, au nouveau-né et à l'enfant* (document CD48/__);

Reconnaissant que la mortalité néonatale continue à avoir un impact élevé sur la mortalité infantile dans la Région, et qu'il sera nécessaire de redoubler les efforts pour atteindre les buts de la Déclaration du Millénaire ayant trait à la réduction de la mortalité infantile pour 2015;

Considérant la résolution CD47.R19 (2006) sur la santé néonatale, dans le contexte de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, qui recommande le développement d'une stratégie et d'un plan d'action pour appuyer la réalisation des buts de la Déclaration du Millénaire; et

Notant que le plan d'action régional aborde les inégalités persistantes, se concentrant sur les groupes marginalisés tout en proposant des stratégies de coopération technique et des approches différenciées pour répondre aux multiples situations dans les pays,

DÉCIDE :

1. D'exhorter les États Membres à :
 - a) appuyer la réduction de la mortalité néonatale en tant que priorité des programmes de santé en étendant, renforçant ou maintenant l'exécution de la stratégie et du plan d'action régional pour la santé néonatale dans le contexte des soins apportés à la mère, au nouveau-né et à l'enfant;
 - b) considérer le plan d'action régional pour la santé néonatale dans le contexte des soins lors de la formulation des plans nationaux, et inclure des stratégies différenciées qui répondent effectivement aux multiples situations entre pays et dans les pays, pour protéger les accomplissements récents et atteindre les objectifs liés à la réduction de la mortalité des enfants de moins de cinq ans d'ici 2015 inscrits dans la Déclaration du Millénaire;
 - c) considérer le renforcement des systèmes de santé basés sur les soins de santé primaires pour appuyer l'exécution de stratégies avérées visant à réduire la mortalité néonatale, et à améliorer la collaboration entre programmes et les différents niveaux de soins;
 - d) appuyer une forte participation communautaire et de la société civile de sorte qu'elles incluent, dans leurs activités, des actions destinées aux mères, aux nouveaux-nés et aux enfants, dans une approche d'équité, de genre et d'ethnicité;

- e) envisager d'entreprendre, de faciliter et d'appuyer les activités nationales qui favorisent l'accès universel aux soins de santé pour les mères, les nouveaux-nés et les enfants;
 - f) considérer le renforcement des cadres nationaux qui protègent les mères, les nouveaux-nés et les enfants;
 - g) établir et maintenir des systèmes de suivi et d'information de la santé néonatale de qualité, désagrégés par genre, statut socioéconomique, ethnicité et éducation de la mère;
 - h) forger des partenariats et associations avec des organisations non gouvernementales, communautaires et religieuses, avec la communauté universitaire et de la recherche, ainsi qu'avec les organismes gouvernementaux concernés, pour renforcer et étendre les politiques et les programmes concernant la santé maternelle, néonatale et de l'enfant.
2. De demander à la Directrice :
- a) d'appuyer les États Membres à développer des plans d'action nationaux destinés à réduire la mortalité néonatale, dans le contexte des soins de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, prenant en considération la stratégie et le plan d'action régional et se concentrant sur les inégalités et les groupes vulnérables et marginalisés;
 - b) de collaborer aux évaluations des pays pour assurer des actions correctrices appropriées et probantes;
 - c) faciliter l'échange d'expériences réussies et promouvoir la coopération technique horizontale par les États Membres dans l'exécution du plan régional.

(Neuvième réunion, 27 juin 2008)

CE142.R11 Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac : Opportunités et défis concernant son application aux Amériques

LA 142^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant étudié le document présenté par la Directrice, *Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac : Opportunités et défis concernant son application aux Amériques* (document CE142/23);

Reconnaissant que les preuves scientifiques ont montré sans équivoque que l'usage du tabac et l'exposition à la fumée du tabac sont des causes de mortalité, de morbidité et d'incapacité, et conscient du fardeau qu'il impose sur les familles et les systèmes de santé nationaux;

Profondément concernée par la consommation d'un produit qui crée une forte dépendance comme le tabac commençant à des âges de plus en plus jeunes, ainsi que par la prévalence élevée du tabagisme parmi les adolescents dans les pays de la Région, et soucieuse en particulier de l'augmentation disproportionnée de l'usage du tabac parmi les filles dans certains pays d'Amérique latine;

Reconnaissant qu'il y a des initiatives couronnées de succès dans la Région pour la lutte antitabac; et

Gardant à l'esprit que malgré que des progrès considérables aient été accomplis dans quelques pays, ils n'ont pas été uniformes dans l'ensemble de la Région, et qu'il est nécessaire pour les pays qui ne l'ont pas encore fait d'envisager de prendre des mesures pour ratifier la Convention et pour les États Parties de continuer à faire des efforts pour incorporer les mesures de la Convention dans leur législation nationale,

DÉCIDE :

De recommander que le Conseil directeur adopte une résolution selon les lignes suivantes :

LE 48^e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant étudié le document présenté par la Directrice, *Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac : Opportunités et défis concernant sa mise en œuvre aux Amériques* (document CD48/__);

Reconnaissant que les preuves scientifiques ont montré sans équivoque que l'usage du tabac et l'exposition à la fumée du tabac sont des causes de mortalité, de morbidité et d'incapacité, et conscient du fardeau qu'il impose sur les familles et les systèmes de santé nationaux;

Profondément concerné par la consommation d'un produit qui crée une forte dépendance comme le tabac commençant à des âges de plus en plus jeunes, ainsi que par la prévalence élevée du tabagisme parmi les adolescents dans les pays de la Région, et soucieux en particulier de l'augmentation disproportionnée de l'usage du tabac parmi les filles dans certains pays d'Amérique latine;

Reconnaissant qu'il y a des initiatives couronnées de succès dans la Région pour la lutte antitabac; et

Gardant à l'esprit que malgré que des progrès considérables aient été accomplis dans quelques pays, ils n'ont pas été uniformes dans l'ensemble de la Région, et qu'il est nécessaire pour les pays qui ne l'ont pas encore fait d'envisager de prendre des mesures pour ratifier la Convention et pour les États Parties de continuer à faire des efforts pour incorporer les mesures de la Convention dans leur législation nationale,

DÉCIDE :

1. De prier instamment les États Membres de :
 - (a) considérer la ratification de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac s'ils ne l'ont pas encore fait et, indépendamment de leur état de Parties ou non-Parties de la Convention, de considérer de mettre en œuvre, là où il y a lieu, le train de six mesures clés MPOWER de l'OMS contenues dans ladite Convention;
 - (b) partager des expériences réussies sur la lutte antitabac relatives à l'exécution des États Parties des mesures de la Convention par le biais d'organes existants tels que le Secrétariat de la Convention;
 - (c) où il y a lieu, créer ou renforcer une unité nationale de coordination responsable de la coordination intra- et interministérielle nécessaire pour exécuter la Convention, comme décrit à l'Article 5, Obligations générales de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac;
 - (d) encourager les agences d'intégration sous-régionales à inscrire la lutte antitabac dans leur agenda et participer activement au Réseau ibéro-américain de lutte antitabac et aux réseaux anglophones existants;

- (e) tirer parti des nouvelles opportunités de financement de la part de donateurs riviés pour appuyer les initiatives de lutte antitabac dans la Région.

2. De demander à la Directrice d'appuyer la coordination de partenariats intersectoriels et l'appel aux partenaires financiers internationaux pour soutenir l'exécution de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac et, plus spécifiquement, le train de six mesures clés MPOWER de l'OMS, selon les besoins, dans tous les pays de la Région, indépendamment de leur statut de Partie ou non-Partie de la Convention.

(Neuvième réunion, 27 juin 2008)

CE142.R12 Prix d'Administration de l'OPS 2008

LA 142^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant examiné le rapport du Jury du Prix d'Administration de l'OPS 2008 (document CE142/5, Add. I); et

Gardant à l'esprit les dispositions des procédures et des directives pour conférer le Prix d'Administration de l'OPS, 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),

DÉCIDE :

1. De féliciter tous les candidats au Prix d'Administration de l'OPS 2008 de leur professionnalisme et de leur travail remarquable de la part de leur pays et de la Région.
2. De noter la décision du Jury de conférer le Prix d'Administration de l'OPS 2008 au Dr Hugo Villar Teijeiro, de l'Uruguay, pour sa contribution à l'amélioration des conditions de santé dans plusieurs pays des Amériques, pour la décentralisation des systèmes de santé; la gestion des problèmes sanitaires et des hôpitaux; ainsi que pour la formation en ressources humaines pour gérer les systèmes de santé aux niveaux national et régional.

3. De transmettre le rapport du Jury du Prix d'Administration de l'OPS 2008 au 48^e Conseil directeur.

(Neuvième réunion, 27 juin 2008)

CE142.R13 Stratégie et plan d'action régionaux pour la prévention et le contrôle du cancer du col de l'utérus

LA 142^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant considéré la proposition de la Directrice sur la Stratégie et plan d'action régionaux pour la prévention et la lutte contre le cancer du col de l'utérus (document CE142/10),

DÉCIDE :

De recommander que le Conseil directeur adopte une résolution selon les lignes suivantes :

LE 48^e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant considéré la proposition de la Directrice, *Stratégie et plan d'action régionaux pour la prévention et le contrôle du cancer du col de l'utérus* (document CD48/__);

Notant que la résolution de l'Assemblée mondiale de la Santé sur la prévention et la lutte contre le cancer (WHA58.22, 2005), qui exhorte les gouvernements à développer des programmes globaux de lutte contre le cancer et recommande la priorisation des programmes de prévention et de lutte contre le cancer du col de l'utérus;

Rappelant la résolution CD47.R9 (2006) du 47^e Conseil directeur sur la Stratégie régionale et le Plan d'action sur une approche intégrée de la prévention et du contrôle des maladies chroniques, qui inclut le cancer comme une des maladies chroniques prioritaires;

Conscient qu'il y a environ 27.500 décès dans les Amériques de cancer du col de l'utérus, provoqués principalement par une infection persistante par certains génotypes du virus du papillome humain (VPH) et reconnaissant que même si le cancer du col de l'utérus peut être prévenu et contrôlé au moyen d'un programme global d'éducation en

santé, de dépistage, de diagnostic, de traitement et de soins palliatifs, il continue à causer des décès prématurés et qu'il affecte de façon disproportionnée les femmes dans les couches économiques plus basses, révélant les inégalités en santé existantes dans la Région;

Reconnaissant que les efforts et les investissements actuels n'ont pas pour résultat des baisses importantes du fardeau du cancer du col de l'utérus dans la plupart des pays d'Amérique latine et des Caraïbes;

Reconnaissant que les vaccins efficaces par rapport au coût contre le VPH peuvent devenir une composante d'un programme global de prévention et de lutte contre le cancer du col de l'utérus;

Reconnaissant que l'Organisation panaméricaine de la Santé, avec l'Alliance pour la prévention du cancer du col de l'utérus, a évalué des approches novatrices pour le dépistage du cancer du col de l'utérus et le traitement de lésions précancéreuses, et a généré de nouvelles preuves et un nouveau savoir sur des stratégies efficaces par rapport au coût qui peuvent dans une grande mesure améliorer les programmes de prévention du cancer du col de l'utérus, en particulier dans les milieux de faibles ressources, et que l'OPS a appuyé les décisions basées sur des données probantes prises par les pays en ce qui concerne l'introduction du vaccin anti-VPH; et

Conscient que la prévention et la lutte contre le cancer du col de l'utérus pourraient contribuer à atteindre les buts de développement international,

DÉCIDE :

1. De recommander aux États Membres de :
 - a) approuver le cadre de la Stratégie et plan d'action régionaux pour la prévention et la lutte contre le cancer du col de l'utérus, établi pour améliorer la capacité en vue d'une exécution soutenue de programmes globaux de prévention et de lutte contre le cancer du col de l'utérus, dans le but de réduire l'incidence et la mortalité;
 - b) donner la priorité dans l'agenda national de santé publique à la prévention et la lutte contre le cancer du col de l'utérus, de considérer d'y affecter les ressources appropriées et de travailler à renforcer les programmes actuels afin qu'ils aient une approche intégrée;

- c) revitaliser et intensifier les programmes de prévention et de lutte contre le cancer du col de l'utérus pour utiliser efficacement les nouvelles technologies et approches basées sur des données probantes, en particulier dans les milieux où l'accès est difficile et les ressources limitées;
 - d) entreprendre des stratégies de communications sociales ajustées à l'âge pour renforcer la sensibilisation aux facteurs de risque pour le cancer du col de l'utérus et son côté évitable parmi les adolescentes et les femmes, et engager les communautés dans des efforts de prévention du cancer du col de l'utérus, en mettant spécialement l'accent sur la démarginalisation des femmes de groupes défavorisés et vulnérables, y compris les femmes autochtones;
 - e) développer et mettre en œuvre les actions recommandées dans cette Stratégie et plan d'action régionaux qui sont appropriées aux circonstances dans leurs pays respectifs et qui travaillent sur la prévention primaire, le dépistage et le traitement précancéreux, le diagnostic et le traitement du cancer du col de l'utérus invasif et les soins palliatifs;
 - f) renforcer les systèmes de santé fondés sur les soins de santé primaires de sorte que des programmes efficaces de prévention et de lutte contre le cancer du col de l'utérus puissent être exécutés en proximité étroite avec les communautés et avec une approche intégrée de la prévention primaire et secondaire;
 - g) considérer les études disponibles et les données de la recherche locale ou sous-régionale pour prendre des décisions basées sur des données probantes en ce qui concerne l'introduction des vaccins anti-VPH, en étant conscient du besoin de durabilité;
 - h) utiliser, chaque fois que possible, le Fonds renouvelable de l'OPS pour l'achat de vaccins, du fait qu'il joue un rôle déterminant dans l'introduction de nouveaux vaccins dans les Amériques;
 - i) établir et encourager des partenariats stratégiques avec des institutions dans tous les secteurs appropriés afin de mobiliser les ressources financières, techniques et autres qui amélioreront l'efficacité des programmes de prévention et de lutte contre le cancer du col de l'utérus.
2. De demander à la Directrice de :
- a) fournir une assistance technique aux États Membres d'une manière interprogrammatique dans la revitalisation de programmes globaux de prévention et de lutte contre le cancer du col de l'utérus, incorporant de nouvelles

- technologies et approches efficaces par rapport au coût et de suivre les progrès et de faire rapport périodiquement sur les réalisations;
- b) faire œuvre de sensibilisation auprès des décideurs et des professionnels de la santé afin d'accroître les engagements politiques, financiers et techniques aux programmes de prévention et de lutte contre le cancer du col de l'utérus;
 - c) plaider pour un accès plus équitables aux nouvelles technologies (tests VPH, vaccins anti-VPH);
 - d) développer des partenariats ou de renforcer les partenariats existants au sein de la communauté internationale pour la mobilisation des ressources, le plaidoyer et la collaboration en vue d'améliorer les efforts de prévention et de lutte contre le cancer du col de l'utérus dans la Région.

(Neuvième réunion, 27 juin 2008)

CE142.R14 La sante et les relations internationales : leur lien avec la gestion du developpement national de la sante

LA 142^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant considéré le document soumis par la Directrice, *La santé et les relations internationales : Leur lien avec la gestion du développement national de la santé* (document CE142/25),

DÉCIDE :

De recommander que le Conseil directeur adopte une résolution selon les lignes suivantes :

LE 48^e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant considéré le document soumis par la Directrice, *La santé et les relations internationales : Leur lien avec la gestion du développement national de la santé* (document CD48/___);

Reconnaissant l'importance accordée à la santé dans divers forums internationaux, en raison de son lien croissant avec les dimensions de la politique étrangère;

Considérant les recommandations du Groupe de travail sur l'OPS au 21^e siècle;

Considérant les nombreux acteurs avec différentes fonctions et responsabilités qui ont un impact sur la gouvernance mondiale de la santé;

Considérant l'impact de ces phénomènes sur l'exercice de la fonction de leadership des autorités nationales de la santé et sur le développement national en matière de santé, et

Considérant qu'à la lumière de ce qui précède, l'agenda international des autorités de la santé gagne de plus en plus en importance et en intensité;

DÉCIDE:

1. De prier instamment les États Membres de :
 - a) renforcer la coordination et les échanges entre les autorités de la santé et les autorités responsables de la politique étrangère et de la coopération internationale des gouvernements;
 - b) promouvoir des mécanismes institutionnels en vue de la consultation entre les secteurs de la santé et des affaires étrangères pour promouvoir le dialogue et la négociation sur les thèmes d'intérêt de la santé mondiale et régionale qui sont discutés dans les forums internationaux;
 - c) renforcer la fonction de gouvernance des autorités de la santé pour répondre aux demandes croissantes émergeant des accords et des réglementations internationaux liés au développement national de la santé;
 - d) renforcer la capacité institutionnelle des gouvernements à gérer la coopération et les relations internationales en santé, fournissant les ressources nécessaires pour une meilleure performance de ces fonctions, y compris une position appropriée au sein de la structure organisationnelle;
 - e) promouvoir l'inclusion des questions de santé internationale dans la formation professionnelle des diplomates, et des questions des relations internationales dans la formation professionnelle des spécialistes et des leaders de la santé publique.

2. De demander à la Directrice de :
 - a) faciliter le dialogue et le partage des expériences entre les États Membres concernant les nouvelles dimensions de la santé internationale et leur importance pour le développement national de la santé;
 - b) collaborer avec les gouvernements et les universités au développement de programmes spécifiques de formation à la santé internationale, incluant, en particulier, les professionnels nationaux responsables des relations et de la coopération internationales;
 - c) maintenir et intensifier la présence de l'Organisation dans les forums politiques concernés, plaidant pour la santé de l'hémisphère et son positionnement sur la scène internationale;
 - d) actualiser périodiquement l'information sur les expériences de l'Organisation panaméricaine de la Santé et des pays dans ce domaine et la disséminer aux États Membres;
 - e) coopérer au renforcement des capacités institutionnelles des gouvernements pour traiter les questions liées aux relations et à la coopération internationales dans le domaine de la santé;
 - f) continuer et étendre le programme de formation des leaders en santé internationale et promouvoir des synergies et une complémentarité avec les initiatives que les pays peuvent développer pour former des spécialistes dans les domaines de la santé et des relations internationales;
 - g) faciliter l'analyse de la dimension de la santé lors de la considération, l'adoption et l'exécution de politiques au niveau international qui peuvent avoir ou qui ont un impact sur la santé publique dans les États Membres;
 - h) reconsidérer les recommandations du Groupe de travail sur l'OPS au 21^e siècle qui peuvent appuyer l'exécution de cette initiative.

(Neuvième réunion, 27 juin 2008)

CE142.R15 Ordre du jour du 48^e Conseil directeur de l'OPS, 60^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques

LA 142^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant examiné l'ordre du jour provisoire (document CD48/1) préparé par la Directrice pour le 48^e Conseil directeur de l'OPS, 60^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques, présenté en Annexe au document CE142/3, Rév. 3; et

Gardant à l'esprit 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 CD48/1) préparé par la Directrice pour le 48^e Conseil directeur de l'OPS, 60^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques.

(Neuvième réunion, 27 juin 2008)

CE142.R16 Stratégie régionale pour améliorer la santé des adolescents et des jeunes

LA 142^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant vu le rapport de la Directrice, *Stratégie régionale pour améliorer la santé des adolescents et des jeunes* (document CE142/13, Rév. 2), basé sur le Plan stratégique du BSP 2008-2012,

DÉCIDE :

De recommander que le Conseil directeur adopte une résolution selon les lignes suivantes :

LE 48^e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant vu le rapport de la Directrice, *Stratégie régionale pour améliorer la santé des adolescents et des jeunes* (document CD48/8), basé sur le Plan stratégique du BSP 2008-2012;

Notant la résolution de l'Assemblée mondiale de la Santé sur la Stratégie pour la santé et le développement de l'enfant et de l'adolescent (WHA56.21, 2003), préconisant aux gouvernements de renforcer et d'étendre les efforts pour lutter pour la couverture intégrale des services et pour promouvoir l'accès à un ensemble intégral d'information en santé pour les adolescents; et la résolution CD40.R16 du Conseil directeur de l'OPS sur la santé des adolescents, par laquelle les gouvernements ont formellement reconnu les besoins différenciés de la population jeune et approuvé un cadre et un plan d'action;

Rappelant le droit des adolescents et des jeunes au meilleur état de santé qu'ils soient capables d'atteindre, tel que stipulé dans la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, la Convention de l'ONU sur les droits de l'enfant et d'autres instruments de droits humains internationaux et régionaux;

Comprenant que le passage réussi à travers l'adolescence et l'enfance est essentiel pour des sociétés saines, engagées et bien développées sur le plan économique;

Reconnaissant que la santé des adolescents et des jeunes est un aspect clé du développement économique et social dans les Amériques; que leurs comportements et problèmes de santé constituent une part importante du fardeau global des maladies; que le coût apparenté au traitement des maladies chroniques est élevé; et que des mesures efficaces de prévention et d'intervention précoce sont disponibles;

Considérant que les résultats pour la santé des adolescents et des jeunes seront plus effectifs si la promotion de la santé, les soins de santé primaires, la protection sociale et les déterminants sociaux sont pris en considération dans l'approche des thèmes prioritaires de la santé pour ces populations;

Reconnaissant que l'OPS a coopéré avec les pays de la Région en établissant des bases conceptuelles et techniques et l'infrastructure pour le développement de programmes et de politiques de santé nationaux pour les adolescents et les jeunes; et

Préoccupé par le fait que les besoins spécifiques des adolescents et des jeunes n'ont pas été pris en main adéquatement et que la réalisation des buts internationaux nécessitera des efforts supplémentaires en matière de santé des adolescents et des jeunes,

DÉCIDE :

1. D'approuver la Stratégie régionale pour améliorer la santé des adolescents et des jeunes pour répondre efficacement et utilement aux besoins actuels et émergents de la santé des adolescents et des jeunes avec une considération spécifique des inégalités prévalentes dans l'état de santé, et pour renforcer la réponse du système de santé afin de développer et de mettre en œuvre des politiques, des plans, des programmes, des lois et des services pour les adolescents et les jeunes.
2. D'exhorter les États Membres à :
 - a) promouvoir le recueil et l'utilisation de données sur la santé des adolescents et des jeunes ventilées par âge, sexe et ethnicité et l'usage d'une analyse axée sur le genre, les nouvelles technologies (e.g., systèmes d'information géographique) et modèles de projection pour renforcer la planification, l'application et le suivi de plans, politiques, programmes, lois et interventions au plan national qui se rapportent à la santé des adolescents et des jeunes;
 - b) renforcer et étendre les efforts pour respecter les engagements internationaux en matière de santé des adolescents et des jeunes;
 - c) promouvoir et établir des environnements habilitants qui favorisent la santé et le développement des adolescents et des jeunes;
 - d) intensifier la couverture et l'accès à des services sanitaires de qualité — y compris la promotion, la prévention, le traitement efficace et les soins constants — pour accroître leur demande et utilisation par les adolescents et les jeunes;
 - e) appuyer le renforcement de la capacité pour que les décideurs, les gérants de programmes et les dispensateurs de soins développent des politiques et des programmes destinés à promouvoir le développement communautaire et à assurer des services de santé efficaces et de qualité répondant aux besoins de santé des adolescents et des jeunes et à leurs déterminants de la santé apparentés;
 - f) engager les adolescents et les jeunes, leurs familles, communautés, écoles et autres institutions et organisations appropriées dans des programmes de promotion et de prévention culturellement sensibles et tenant compte de l'âge, au titre de l'approche globale destinée à améliorer la santé et le bien-être des adolescents et des jeunes;

- g) améliorer la coordination au sein du secteur de la santé et avec les partenaires dans d'autres secteurs pour assurer que les actions et les initiatives dans la santé et le développement des adolescents et des jeunes sont mises en œuvre, en minimisant la duplication des efforts et en maximisant l'impact des ressources limitées;
 - h) établir des partenariats avec les médias pour promouvoir des images positives des adolescents et des jeunes qui encouragent des comportements appropriés, des normes sociales et l'engagement aux questions de la santé.
3. De demander à la Directrice de :
- a) maintenir l'engagement de l'Organisation et son soutien pour réaliser et maintenir des niveaux élevés de couverture d'interventions fondées sur des données probantes à travers l'intégration d'actions par les domaines programmatiques de l'OPS;
 - b) appuyer l'établissement et la coordination d'alliances stratégiques pour améliorer la santé et le développement des adolescents et des jeunes;
 - c) encourager la coopération technique entre pays, sous-régions, organisations internationales, organismes gouvernementaux, organisations privées, universités, médias, société civile, organisations de jeunes, organisations religieuses et communautés, dans des activités qui favorisent la santé des adolescents et des jeunes;
 - d) établir un groupe consultatif technique à échéance précise pour orientation sur des thèmes relevant de la santé et du développement des adolescents et des jeunes;
 - e) développer un plan d'action (2010-2018) fondé sur la Stratégie régionale pour améliorer la santé des adolescents et des jeunes;
 - f) encourager le développement d'initiatives de recherche collaborative qui peuvent fournir les données probantes nécessaires pour établir et mettre en œuvre des programmes et des interventions pour les adolescents et les jeunes qui sont efficaces et appropriés à leur développement et à leur âge.

(Réunion spéciale, 31 juillet 2008)

Décisions

CE142(D1) Adoption de l'ordre du jour

Conformément à l'article 9 du Règlement du Comité exécutif, le Comité a adopté sans modification l'ordre du jour proposé par la Directrice (document CE142/1, Rev. 1).

(Première séance, le 23 juin 2008)

CE142(D2) Représentation du Comité exécutif auprès du 48^e Conseil directeur, 60^e session du Comité Régional de l'OMS pour les Amériques

Conformément à l'article 54 de son Règlement, le Comité exécutif a décidé de nommer son Président (Antigua et Barbuda) et son Vice Président (Uruguay) pour représenter le Comité auprès du 48^e Conseil directeur, 60^e Session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques. Le Comité a nommé le Chili et Panama comme représentants alternatifs.

(Première séance, le 23 juin 2008)

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

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

H. John Maginley
Déléguée du Antigua-et-Barbuda
Présidente de la 142^e session du
Comité exécutif

Mirta Roses Periago
Directrice du Bureau sanitaire
panaméricain
Secrétaire de droit de la 142^e session du
Comité exécutif

ORDRE DU JOUR

1. OUVERTURE DE LA SESSION

2. QUESTIONS RELATIVES AU RÈGLEMENT

- 2.1 Adoption de l'ordre du jour et programme des réunions
- 2.2 Représentation du Comité exécutif au 48e Conseil directeur, 60e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques
- 2.3 Ordre du jour provisoire du 48e Conseil directeur, 60e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques

3. QUESTIONS RELATIVES AUX COMITES

- 3.1 Rapport sur la deuxième session et la session spéciale du Sous-Comité des Programmes, du Budget et de l'Administration
- 3.2 Organisations non gouvernementales en relations officielles avec l'OPS
- 3.3 Prix d'administration de l'OPS 2008
- 3.4 Rapport annuel du Bureau d'éthique

4. QUESTIONS RELATIVES A LA POLITIQUE DU PROGRAMME

- 4.1 Actualisation sur la mise en œuvre de la politique régionale en matière de budget programme
- 4.2 Méthodes collectives et individuelles pour la prévention et la prise en charge du diabète et de l'obésité
- 4.3 Stratégie et plan d'action régionaux pour la prévention et la lutte contre le cancer du col de l'utérus
- 4.4 Malnutrition chez le jeune enfant aux Amériques : Atteindre les objectifs de développement pour le millénaire

4. QUESTIONS RELATIVES A LA POLITIQUE DU PROGRAMME *(cont.)*

- 4.5 Stratégie et plan d'action régionaux pour la santé néonatale dans le contexte des soins apportés à la mère, au nouveau-né et à l'enfant
- 4.6 Stratégie régionale pour la santé des adolescents et des jeunes
- 4.7 Santé des personnes âgées, y compris le vieillissement en restant actif et en bonne santé : Stratégie régionale
- 4.8 Plan d'action pour consolider le recueil des données d'état civil et de santé
- 4.9 Paludisme : Rapport d'avancement
- 4.10 Dengue : Rapport d'avancement
- 4.11 Onchocercose : Rapport d'avancement
- 4.12 Grippe aviaire et état de la préparation en cas de pandémie de grippe : Rapport de situation
- 4.13 Sécurité transfusionnelle : Rapport de situation
- 4.14 Règlement sanitaire international : Rapport d'avancement
- 4.15 Renforcement des fonctions essentielles de santé publique : Rapport d'avancement
- 4.16 Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac : Opportunités et défis concernant son application dans les Amériques
- 4.17 Gestion intégrée des vecteurs : Une réponse globale aux maladies à transmission vectorielle
- 4.18 Santé et politique étrangère : Liens avec le développement national en matière de santé
- 4.19 Mise à jour sur le changement climatique et son impact sur la santé publique

5. QUESTIONS ADMINISTRATIVES ET FINANCIERES

- 5.1 Procédure d'application du nouveau barème de contributions basé sur la nouvelle échelle de l'OEA
- 5.2 Rapport sur le recouvrement des contributions
- 5.3 Hiérarchisation programmatique et critères d'affectation des ressources
- 5.4 Rapport financier du Directeur et rapport du Commissaire aux Comptes pour la période biennale 2006-2007
- 5.5 Usage du revenu du budget programme excédant le budget ordinaire de travail effectif autorisé

6. QUESTIONS CONCERNANT LE PERSONNEL

- 6.1 Ratification des amendements apportés au Règlement et au Statut du personnel du BSP
- 6.2 Mise en œuvre de la réforme contractuelle des Nations Unies à l'OPS : Rapport d'avancement
- 6.3 Déclaration du Représentant de l'Association du personnel de l'OPS/OMS

7. QUESTIONS D'INFORMATION

- 7.1 Budget programme biennal 2006-2007 de l'Organisation panaméricaine de la Santé : Rapport d'évaluation de la performance
- 7.2 Quinzième réunion interaméricaine, à niveau ministériel, sur la Santé et l'Agriculture (RIMSA) : Rapport préliminaire
- 7.3 Rapport de la réunion des Ministres de la Santé des Amériques sur la prévention de la violence et des traumatismes
- 7.4 Groupe de travail intergouvernemental sur la santé publique, l'innovation, et la propriété intellectuelle

7. QUESTIONS D'INFORMATION (*suite*)

- 7.5 Résolutions et autres mesures prises par la 61^e Assemblée mondiale de la Santé revêtant un intérêt pour le Comité exécutif de l'OPS
- 7.6 Résolutions et autres mesures prises de la 38^e session ordinaire de l'Assemblée générale de l'Organisation des États américains revêtant un intérêt pour le Comité exécutif de l'OPS
- 7.7 Cinquième Sommet des Amériques : Rapport sur les préparatifs
- 7.8 Rapport sur les Services de contrôle interne
- 7.9 Point sur l'engagement de l'OPS dans le système mondial de gestion (GSM) de l'OMS
- 7.10 Fonds d'investissement directeur
- 7.11 Mise à jour sur le statut de la révision institutionnelle de BIREME et de l'INCAP
- 7.12 Contribution régionale au Forum ministériel mondial sur la recherche en santé

8. AUTRES QUESTIONS

9. CLÔTURE DE LA SESSION

LISTE DE DOCUMENTS

Documents Officiels

Documents Officiel 331 Rapport financier du Directeur et rapport du Commissaire aux Comptes pour la période biennale 2006-2007

Documents de travail

CE142/1, Rev. 2 Ordre du jour

CE142/2 Représentation du Comité exécutif au 48^e Conseil directeur, 60^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques

CE142/3, Rev. 3 Ordre du jour provisoire du 48^e Conseil directeur, 60^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques

CE142/4 Report of the Second Session of the Subcommittee on Program, Budget, and Administration

CE142/4, Add. 1 Rapport sur la deuxième session et la session spéciale du Sous-Comité des Programmes, du Budget et de l'Administration

CE142/5 Prix d'administration de l'OPS 2008

CE142/6, Rev. 1 Organisations non gouvernementales en relations officielles avec l'OPS

CE142/7 Rapport annuel du Bureau d'éthique

CE142/8 Actualisation sur la mise en œuvre de la politique régionale en matière de budget programme

CE142/9 Méthodes collectives et individuelles pour la prévention et la prise en charge du diabète et de l'obésité

Documents de travail (*cont.*)

CE142/10	Stratégie et plan d'action régionaux pour la prévention et la lutte contre le cancer du col de l'utérus
CE142/11	Malnutrition chez le jeune enfant aux Amériques : Atteindre les objectifs de développement pour le millénaire
CE142/12	Stratégie et plan d'action régionaux pour la santé néonatale dans le contexte des soins apportés à la mère, au nouveau-né et à l'enfant
CE142/13, Rev. 2	Stratégie régionale pour la santé des adolescents et des jeunes
CE142/14	Santé des personnes âgées, y compris le vieillissement en restant actif et en bonne santé : Stratégie régionale
CE142/15	Plan d'action pour consolider le recueil des données d'état civil et de santé
CE142/16	Paludisme : Rapport d'avancement
CE142/17	Dengue : Rapport d'avancement
CE142/18	Onchocercose : Rapport d'avancement
CE142/19	Grippe aviaire et état de la préparation en cas de pandémie de grippe : Rapport de situation
CE142/20	Sécurité transfusionnelle : Rapport de situation
CE141/21	Règlement sanitaire international : Rapport d'avancement
CE142/22	Renforcement des fonctions essentielles de santé publique : Rapport d'avancement

Documents de travail (*cont.*)

CE142/23	Convention-cadre de l’OMS pour la lutte antitabac : Opportunités et défis concernant son application dans les Amériques
CE142/24	Gestion intégrée des vecteurs : Une réponse globale aux maladies à transmission vectorielle
CE142/25	Santé et politique étrangère : Liens avec le développement national en matière de santé
CE142/26	Mise à jour sur le changement climatique et son impact sur la santé publique
CE142/27	Procédure d’application du nouveau barème de contributions basé sur la nouvelle échelle de l’OEA
CE142/28	Rapport sur le recouvrement des contributions
CE142/28, Add. I	Rapport sur le recouvrement des contributions
CE142/29	Hiérarchisation programmatique et critères d’affectation des ressources
CE142/30	Usage du revenu du budget programme excédant le budget ordinaire de travail effectif autorisé
CE142/31	Ratification des amendements apportés au Règlement et au Statut du personnel du BSP
CE142/32	Mise en œuvre de la réforme contractuelle des Nations Unies à l’OPS : Rapport d’avancement
CE142/33	Déclaration du Représentant de l’Association du personnel de l’OPS/OMS

Documents d'information

CE142/INF/1, Rev. 1	Budget programme biennal 2006-2007 de l'Organisation panaméricaine de la Santé : Rapport d'évaluation de la performance
CE142/INF/2	Quinzième réunion interaméricaine, à niveau ministériel, sur la Santé et l'Agriculture (RIMSA) : Rapport préliminaire
CE142/INF/2, Add. I	Quinzième réunion interaméricaine, à niveau ministériel, sur la Santé et l'Agriculture (RIMSA) : Rapport préliminaire
CE142/INF/3, Rev. 1	Rapport de la réunion des Ministres de la Santé des Amériques sur la prévention de la violence et des traumatismes
CE142/INF/4	Groupe de travail intergouvernemental sur la santé publique, l'innovation, et la propriété intellectuelle
CE142/INF/5	Résolutions et autres mesures prises par la 61 ^e Assemblée mondiale de la Santé revêtant un intérêt pour le Comité exécutif de l'OPS
CE142/INF/6	Résolutions et autres mesures prises de la 38 ^e session ordinaire de l'Assemblée générale de l'Organisation des États américains revêtant un intérêt pour le Comité exécutif de l'OPS
CE142/INF/7	Cinquième Sommet des Amériques : Rapport sur les préparatifs
CE142/INF/8	Ressources humaines du Bureau sanitaire panaméricain : profil du personnel
CE142/INF/9	Rapport sur les Services de contrôle interne
CE142/INF/10	Point sur l'engagement de l'OPS dans le système mondial de gestion (GSM) de l'OMS

Documents d'information (*cont.*)

CE142/INF/11	Fonds d'investissement directeur
CE142/INF/12	Mise à jour sur le statut de la révision institutionnelle de BIREME et de l'INCAP
CE142/INF/12, Add. I	Mise à jour sur le statut de la révision institutionnelle de BIREME et de l'INCAP
CE142/INF/13	Contribution régionale au Forum ministériel mondial sur la recherche en santé
CE142/INF/13, Corrig.	Contribution régionale au Forum ministériel mondial sur la recherche en santé

Documents Divers

CE142/DIV/1	Liste des participants
-------------	------------------------

**LIST OF PARTICIPANTS
LISTA DE PARTICIPANTES**

**Members of the Committee
Miembros del Comité**

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

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

Ms. Joy-Dee Davis
First Secretary
Permanent Mission of Antigua and Barbuda
to the Organization of American States
Washington, D.C.

Bolivia

Su Excelencia Reynaldo Cuadros Anaya
Embajador, Representante Permanente de Bolivia
ante la Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

Sr. William Torres Armas
Ministro Consejero, Representante Alterno de Bolivia
ante la Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

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

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

Bolivia (*cont.*)

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

Sr. Marco Antonio Valverde Carrasco
Representante Alternativa de Bolivia
ante la Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

Sra. Aylin Luisa Oropeza Bleichner
Primera Secretaria
Misión Permanente de Bolivia ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

Chile

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

Sra. María Jesús Roncarati Guillón
Coordinadora de Proyectos
Oficina de Cooperación y Asuntos Internacionales
Ministerio de Salud
Santiago

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

Mexico
México

Sr. Fernando Meneses
Coordinador de Asesores del
Subsecretario de Prevención
y Promoción de la Salud
Secretaría de Salud
México, D.F.

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

Sr. Flavio González-Silva
Administración e Informática
Misión Permanente de México ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

Panama
Panamá

Sra. Dra. Nadja Porcell
Secretaria General de Salud
Ministerio de Salud
Ciudad de Panamá

Suriname

Dr. Celsius Waterberg
Minister of Health
Ministry of Health
Paramaribo

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

Suriname (cont.)

Dr. Marthelise Eersel
Acting Director of Health
Ministry of Health
Ministry of Health
Paramaribo

Trinidad and Tobago
Trinidad y Tabago

Dr. Anton Cumberbatch
Chief Medical Officer
Ministry of Health
Port-of-Spain

Mr. Asif Ali
Director
Finance and Projects
Ministry of Health
Port-of-Spain

United States of American
Estados Unidos de América

Mr. Mark Abdo
Director
Office of Multilateral Affairs
Office of Global Health Affairs
Department of Health and Human Services
Washington, D.C.

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

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

Mr. Gerald C. Anderson
Deputy Assistant Secretary for Economic
and Global Issues
Bureau of International Organization Affairs
Department of State
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. Peg Marshall
Senior Advisor for Infectious Diseases
and Maternal and Child Health
Agency for International Development
Washington, D.C.

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

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

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

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

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

Ms. Lauren Barna
International Influenza Unit
Office of Global Health Affairs
Department of Health and Human Services
Rockville, Maryland

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

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

Ms. Coral Verez
Foreign Affairs Advisor
Office of Technical and Specialized Agencies
Bureau of International Organization Affairs
Department of State
Washington, D.C.

Ms. Heather Ward
Program Analyst
Office of Technical and Specialized Agencies
Bureau of International Organization Affairs
Department of State
Washington, D.C.

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

Uruguay

Dr. Jorge Otto Basso Garrido
Director General de Salud
Ministerio de Salud
Montevideo

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

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

Other Member States Attending Meeting as Observers
Otros estados miembros asistiendo la reunión en calidad de observador

Argentina

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

Brazil
Brasil

Sr. Santiago Luís Bento Fernandez Alcázar
Assessor de Assuntos Internacionais
do Ministro da Saúde
Ministério da Saúde
Brasília

Other Member States Attending Meeting as Observers (cont.)
Otros estados miembros asistiendo la reunión en calidad de observador (cont.)

Brazil (cont.)

Brasil (cont.)

Dr. Sérgio A. Gaudêncio
Coordenador de Assuntos Internacionais
do Ministro da Saúde
Ministério da Saúde
Brasília

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

Canadá

Canadá

Mr. Martin Methot
Director
International Health Policy and
Communications Division
International Affairs Directorate
Health Canada
Ottawa

Ms. Kate Dickson
Senior Policy Analyst
International Health Policy and
Communications Division
International Affairs Directorate
Health Canada
Ottawa

Other Member States Attending Meeting as Observers (cont.)
Otros estados miembros asistiendo la reunión en calidad de observador (cont.)

Canada (cont.)

Canadá (cont.)

Ms. Carolina Seward
Policy Analyst
International Health Policy and
Communications Division
International Affairs Directorate
Health Canada
Ottawa

Dr. Danielle Grondin
Director General
Policy Integration, Planning Reporting
and International Directorate
Infectious Disease and Emergency
Preparedness Branch
Public Health Agency of Canada
Ottawa

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

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

France

Francia

Madame Marie-France Pagnier
Ambassadrice, Observatrice permanente de la France
près l'Organisation des États Américains
Washington, D.C.

Other Member States Attending Meeting as Observers (*cont.*)
Otros estados miembros asistiendo la reunión en calidad de observador (*cont.*)

Paraguay

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

Venezuela

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

Dra. Carmen Guedez
Adjunta
Dirección General de Programas de Salud
Ministerio del Poder Popular para la Salud
Caracas

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

**Representatives of Nongovernmental Organizations
Representantes de Organizaciones No Gubernamentales**

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

Ing. Luiz Augusto de Lima Pontes

***National Alliance for Hispanic Health
Alianza Nacional para la Salud Hispana***

Mrs. Marcela Gaitán

***Latin American Association of Pharmaceutical Industries
Asociación Latinoamericana de Industrias Farmacéuticas***

Dr. Rubén Abete

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

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

Dr. Mirta Roses Periago
Director
Directora

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

Dr. Cristina Beato
Deputy Director
Director Adjunto

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

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

Dr. Socorro Gross-Galiano
Assistant Director
Subdirectora

Mr. Michael Boorstein
Director of Administration
Director de Administración

Dr. Heidi Jimenez
Area Manager, Legal Affairs
Gerente de Área, Asuntos Jurídicos

- - -